

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Seguimiento a muy largo plazo de la efectividad de la terapia
cognitivo-conductual centrada en el trauma en víctimas del
terrorismo en España**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Beatriz Cobos Redondo

DIRECTORES

María Paz García-Vera
Jesús Sanz Fernández

Madrid

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

Seguimiento a muy largo plazo de la efectividad de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en víctimas del terrorismo en España

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Beatriz Cobos Redondo

DIRECTOR

María Paz García-Vera
Jesús Sanz Fernández

Agradecimientos

Este trabajo de investigación ha sido posible en parte gracias a la financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación, a través de la ayuda al proyecto de investigación con referencia PSI2011-26450, del Ministerio de Economía e Investigación a través de la ayuda al proyecto de investigación con referencia PSI2014-56531-P y al convenio de colaboración entre la UCM y la AVT, a través de la financiación recibida de varios organismos como el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Ministerio del Interior y diferentes organismos autonómicos y locales.

En primer lugar quiero dar la gracias a mis directores de tesis, María Paz García Vera y Jesús Sanz Fernández, por todas las enseñanzas que me han dado a lo largo de todos estos años y por la devoción que sienten por su trabajo, gracias por confiar en mí. Gracias Maripaz por todo tu apoyo y por tus consejos, para mí no sólo eres mi mentora en esta profesión tan bonita que tenemos, sino que a lo largo de estos años te considero también mi amiga. Gracias Jesús por toda tu ayuda y sobre todo por tus conocimientos, mi gran descubrimiento en este proyecto ha sido poder conocerte, no sólo como profesional sino también como la gran persona que eres.

Gracias a todos mis compañeros de la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT), Nani, Alber, Aranchi, Marian, Bollito, Vir, Inés, Marisol, Menchu, Manu, Leire, Juanlu, Cris, Lauri, Sara, etc., con vosotros el camino se ha hecho algo más fácil, gracias a las diferentes Juntas Directivas que ha habido en la AVT durante mi trabajo en la Asociación por permitirme trabajar en este fabuloso proyecto y abrirme las puertas de la Asociación. También gracias al Presidente de la Asociación Plataforma de Apoyo a las Víctimas del Terrorismo (APAVT) por su apoyo.

Gracias a la Clínica Universitaria de Psicología y a todos sus trabajadores, especialmente quiero dar las gracias a Tere y Ana por su cariño y por su habilidad para solucionarlo todo. Mil gracias a Nacho y Paco por todo vuestro apoyo, paciencia y buen hacer, sois increíbles a todos los niveles. Gracias también a todos mis compañeros de la Clínica, María González, Noelia Morán, Clara Gesteira, Alejandro Zapardiel, Natalia Moreno, Pablo Alonso, Sara Escudero, Laura Roldán, Laura Gómez, Carmen Blanco, Roberto Gómez, Amanda Gómez, Cristina Méndez, Ana Rodríguez y con los que ya no eran residentes pero también tuve el placer de coincidir, Iván Aranda, Paloma Díez, Raquel Romero, María Fortún, Enrique Chacón, con vosotros compartí dos de los mejores años de mi vida.

Además, quiero dar las gracias a mis compañeros de proyecto, sin ellos este trabajo hubiera resultado imposible, Natalia Moreno, Alejandro Zapardiel, Clara Gesteira, Sara Gutiérrez, Noelia Morán, Sara Escudero, Rocío Fausor, Judit García, Sara Prieto, David Lozano, Carmen de Miguel, Inés Rodríguez, Almudena Mínguez, Andrea Barranco, Roberto Navarro, Belén Reguera, Belén Salazar, Pedro Altungy, Arantxa Soriano, Sara Liébana, Pilar Casanueva, Amaya Rodríguez, Isabel Martín, Andrea García, José Manuel Sánchez, Adela Prensa y muchos más que han colaborado a lo largo de todos estos años. Sobre todo quiero dar especialmente las gracias a Clara Gesteira y Noelia Morán porque sin lugar a dudas sois mis psicólogas favoritas y dos pilares muy fuertes en este camino y en mi vida, gracias por cuidarme con tanto cariño y darme tantas alegrías, es un verdadero lujo trabajar a vuestro lado y ser vuestra amiga.

Gracias también a todos mis amigos Dani, Bermejo, Ángela, Inés, Luisa, Lourdes, Mavi, Elena, Tere, Sheila, Chara, Víctor, Jess, Claudia, Ana y Saray. A Rocío Fausor por nuestras charlas interminables en las que creemos solucionar el mundo, y especialmente a mis tres incondicionales, Carmen González por estar siempre ahí y

saber cuándo te necesito sin necesidad de pedírtelo, a Paloma Cuevas por ser auténtica y mi amiga, así sin más, a Magaly Cornelio, mi hermana adoptiva y la sensatez que a veces necesito, tres luchadoras incansables a las que admiro.

Gracias también a toda mi familia, especialmente a mi abuela Carmen por su cariño y a mi abuelo Luis por su mirada, a ti va dedicada esta tesis porque tu mirada de orgullo me hacía y me hace creer que puedo conseguirlo todo. Mil gracias a mi padre, Miguel Cobos y a mi madre Brígida Redondo, porque me habéis enseñado las cosas importantes de la vida y porque sois un verdadero ejemplo para mí, me siento muy orgullosa de teneros como padres y os quiero un montón. Gracias a mi hermana, Verónica Cobos, por su devoción en su hermana mayor y su apoyo, siempre tendrás un cachito de mi corazón.

Gracias a ti, Antonio, porque contigo siento que puedo con todo, tienes una tremenda capacidad para hacerme reír y disfrutar incluso de los malos momentos, la aventura y la felicidad están aseguradas a tu lado, gracias por quererme tanto y ser mi compañero en la vida.

Y no quiero terminar, sin dar las gracias a todas aquellas personas para las que ha sido elaborada esta tesis, las víctimas del terrorismo, no os podéis imaginar lo que he aprendido de vosotros, me habéis enseñado a disfrutar de los pequeños momentos del día a día, a no cesar de vuestro objetivo, pero sobre todo y la más importante, a pasar de ser víctima a superviviente.

A mi abuelo Luis

Índice de contenido

Agradecimientos.....	3
Índice de contenido	9
Índice de tablas.....	13
Índice de figuras.....	17
Abstract	19
Resumen.....	23
PARTE TEÓRICA.....	29
Capítulo 1. El problema del terrorismo. Una visión global.....	31
1.1 Definición de terrorismo	33
1.2. El terrorismo en el mundo	36
1.3. El terrorismo en España	41
1.4 . Consecuencias psicopatológicas del terrorismo.....	51
Capítulo 2. Eficacia y efectividad de los tratamientos empíricamente validados para el trauma	69
2.1 Eficacia y efectividad de los tratamientos a corto plazo en víctimas del terrorismo ..	75
2.2 Eficacia y efectividad a largo plazo de los tratamientos en víctimas del terrorismo	101
Capítulo 3. Eficacia y efectividad a muy largo plazo de los tratamientos empíricamente validados en víctimas del terrorismo.....	113
Capítulo 4. Eficacia y efectividad a muy largo plazo de los tratamientos en trauma	117
4.1. Eficacia de los tratamientos para el TEPT a muy largo plazo en víctimas adultas de eventos traumáticos	123
4.2. Efectividad o utilidad clínica de los tratamientos para el TEPT en víctimas adultas de eventos traumáticos	139
4.3. Seguimiento a muy largo plazo del tratamiento de otros trastornos mentales en víctimas adultas de eventos traumáticos	145
4.4. Conclusiones y consideraciones sobre la eficacia y efectividad o utilidad clínica de los tratamientos en víctimas de eventos traumáticos.....	147
Capítulo 5. Resumen de la parte teórica.....	151
PARTE EMPÍRICA.....	161
Capítulo 6. Objetivos e hipótesis	163
6.1. Objetivos	165
6.2. Hipótesis	169

Capítulo 7. Método	173
7.1. Participantes	175
7.2. Instrumentos	181
7.3. Procedimiento	184
7.4. Análisis estadísticos	194
Capítulo 8. Resultados.....	199
8.1. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes que aceptaron realizar el tratamiento y de los que rechazaron realizarlo y entre los que completaron y no completaron los seguimientos.....	202
8.2. Análisis de la efectividad del tratamiento en la muestra de seguimientos con intención de tratar realizados al año y los dos años tras la aplicación del tratamiento ...	211
8.2.1. Efectividad del tratamiento en función de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad, depresión o sus comórbidos diagnosticables	212
8.2.2. Efectividad del tratamiento en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.....	218
8.2.3. Efectividad del tratamiento en función de la significación clínica en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad	223
8.3. Análisis de la efectividad del tratamiento en la muestra de seguimientos completos realizados al año y los dos años tras la aplicación del tratamiento	225
8.3.1. Efectividad del tratamiento en función de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad, de depresión o sus comórbidos diagnosticables.....	225
8.3.2. Efectividad del tratamiento en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.....	232
8.1.3. Efectividad del tratamiento en función de la significación clínica en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad	238
8.4. Efectividad del tratamiento en función de si las víctimas estaban recibiendo adicionalmente medicación o no	240
8.4.1. Efectividad del tratamiento en función de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad o de depresión diagnosticables dependiendo de si recibían medicación	240
8.4.2. Efectividad del tratamiento en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.....	244

8.4.3. Efectividad del tratamiento en función de la significación clínica en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad	255
Capítulo 9. Resumen de la parte empírica	259
Capítulo 10. Discusión	267
Capítulo 11. Conclusiones	283
Referencias	291
ANEXOS	320
Anexo 1. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes que se encontraban dentro del grupo de eficacia y los que se encontraban dentro del grupo de efectividad en la muestra de intención de tratar.	321
Anexo 2. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes que se encontraban dentro del grupo de eficacia y los que se encontraban dentro del grupo de efectividad en la muestra de completos.	323

Índice de tablas

Tabla 1. Ataques y víctimas del terrorismo en el mundo en el período 2000-2018 (adaptado de García-Vera et al., 2015; START, 2015, 2016, 2017, 2018).....	40
Tabla 2. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático	58
Tabla 3. Prevalencia de los trastornos depresivos.....	65
Tabla 4. Prevalencia de otros trastornos de ansiedad diferentes al TEPT	67
Tabla 5. Criterios de representatividad clínica (Stewart y Chambless, 2009, p. 606; adaptado de García-Vera y Sanz, en prensa)	76
Tabla 6. Características de los estudios sobre la eficacia de los tratamientos en víctimas del terrorismo	81
Tabla 7. Características de los estudios sobre la efectividad de los tratamientos en víctimas del terrorismo	86
Tabla 8. Seguimientos realizados en los estudios de eficacia y efectividad de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma en víctimas del terrorismo	102
Tabla 9. Resultados a corto, medio y largo plazo de los estudios sobre eficacia en víctimas de atentados terroristas	108
Tabla 10. Resultados a corto, medio y largo plazo de los estudios sobre efectividad en víctimas de atentados terroristas.....	111
Tabla 11. Estudios grupales sobre la eficacia y la efectividad de las terapias psicológicas en víctimas de eventos traumáticos a muy largo plazo.....	130
Tabla 12. Eficacia frente a la utilidad clínica en el seguimiento a un año o más del tratamiento psicológico del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en víctimas de eventos traumáticos: mejoría clínicamente significativa y abandono terapéutico en el postratamiento.	145
Tabla 13. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes	177
Tabla 14. Módulos, sesiones, estrategias y técnicas del protocolo de intervención.....	191

Tabla 15. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes que aceptaron realizar el tratamiento y de los que rechazaron realizarlo	204
Tabla 16. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes que completaron el seguimiento al año y a los dos años, y de los que no lo completaron.	207
Tabla 17. Diferencias en la muestra en cuanto a la prevalencia del TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades [pretratamiento (Pre) y seguimiento al año (Seg año), pretratamiento (Pre) y seguimiento a los dos años (Seg dos años)] y significación de las pruebas McNemar.	214
Tabla 18. Diferencias en la muestra en cuanto a la prevalencia en la recuperación [pretratamiento (Pre) y seguimiento al año (Seg año), pretratamiento (Pre) y seguimiento a los dos años (Seg dos años)] en función de la prevalencia sobre las personas que presentaban en el pretratamiento diagnóstico.	215
Tabla 19. Diferencias en la muestra en cuanto a la prevalencia del TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades [postratamiento (Post) y seguimiento al año (Seg. año), postratamiento (Post) y seguimiento a los dos años (Seg. dos años)] y significación de las pruebas McNemar.	218
Tabla 20. Comparación en la muestra de intención de tratar de los niveles medios de sintomatología postraumática, depresiva y de ansiedad entre el pretratamiento (Pre) y el seguimiento año (Seg año) y entre el pretratamiento (Pre) y el seguimiento a los dos años (Seg dos años), significación de las pruebas de <i>t</i> de Student y tamaños del efecto pre/seg año y pre/seg dos años para cada grupo.....	220
Tabla 21. Comparación en la muestra de intención de tratar de los niveles medios de sintomatología postraumática, depresiva y de ansiedad entre el postratamiento (Post) y el seguimiento año (Seg), y entre el postratamiento y el seguimiento a los dos años (Seg dos años), significación de las pruebas de <i>t</i> de Student y tamaños del efecto post/seg año y post/seg dos años para cada grupo.	222

Tabla 22. Diferencias en la muestra en cuanto a la prevalencia del TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades [pretratamiento (Pre) y seguimiento al año (Seg año), pretratamiento (Pre) y seguimiento a los dos años (Seg dos años)] y significación de las pruebas McNemar.	227
Tabla 23. Diferencias en la muestra en cuanto a la prevalencia [pretratamiento (Pre) y seguimiento al año (Seg año), pretratamiento (Pre) y seguimiento a los dos años (Seg dos años)] en función de la prevalencia sobre las personas que presentaban en el pretratamiento diagnóstico.	229
Tabla 24. Diferencias en la muestra en cuanto a la prevalencia [pretratamiento (Pre) y seguimiento al año (Seg año), pretratamiento (Pre) y seguimiento a los dos años (Seg dos años)] en función de la prevalencia sobre las personas que presentaban en el pretratamiento diagnóstico tanto en completos como intención de tratar.	230
Tabla 25. Diferencias en la muestra en cuanto a la prevalencia del TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades [postratamiento (Post) y seguimiento al año (Seg año), postratamiento (Post) y seguimiento a los dos años (Seg dos años)] y significación de las pruebas McNemar.	232
Tabla 26. Comparación en la muestra de los niveles medios de sintomatología postraumática, depresiva y de ansiedad entre el pretratamiento (Pre) y el seguimiento año (Seg año) y el seguimiento a los dos años (Seg dos años), significación de las pruebas de <i>t</i> de Student y tamaños del efecto pre/seguí año y pre/seguí dos años para cada grupo.	234
Tabla 27. Comparación en la muestra de los niveles medios de sintomatología postraumática, depresiva y de ansiedad entre el postratamiento (Post) y el seguimiento año (Seg año), y entre el postratamiento (Post) y el seguimiento a los dos años (Seg dos años), significación de las pruebas de <i>t</i> de Student y tamaños del efecto post/seguí año y post/seguí dos años para cada grupo.	237

Tabla 28. Diferencias en la muestra en cuanto a la prevalencia del TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades [pretratamiento-TCC Aislada (Pre-Aislado) y pretratamiento-TCC Combinado (Pre-Combinado), seguimiento año-TCC Aislado (Seg año-Aislado) y seguimiento año-TCC Combinado (Seg año-combinado)].	243
Tabla 29. Diferencias en la muestra en cuanto a la prevalencia del TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades [pretratamiento-TCC Aislada (Pre-Aislado) y pretratamiento-TCC Combinado (Pre-Combinado), seguimiento dos años-TCC Aislado (Seg dos años-Aislado) y seguimiento dos años-TCC Combinado (Seg dos años-combinado)].....	244
Tabla 30. Comparación en la muestra de completos de los niveles medios de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa entre nuestro tratamiento (aislado) y nuestro tratamiento junto con medicación (combinado), en el pretratamiento (Pre) y en el seguimiento al año (Seg. año): resultados del ANOVA y tamaños del efecto aislado/combinado para cada grupo.	249
Tabla 31. Comparación en la muestra de completos de los niveles medios de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa entre nuestro tratamiento (aislado) y nuestro tratamiento junto con la medicación (combinado), en el pretratamiento (Pre) y en el seguimiento a los dos años (Segui dos años): resultados del ANOVA y tamaños del efecto aislado/combinado para cada grupo.....	250
Tabla 32. Tamaño del efecto pretratamiento (pre)/seguimiento al año (seg año) en la muestra de seguimiento al año de completos del grupo de tratamiento aislado y del grupo de tratamiento combinado.	251
Tabla 33. Tamaño del efecto pretratamiento (pre)/seguimiento a los años (seg dos años) en la muestra de seguimiento a los dos años de completos del grupo de tratamiento aislado y del grupo de tratamiento combinado.	252
Tabla 34. Disminución en las puntuaciones de sintomatología de estrés postraumático, depresiva y ansiosa para el tratamiento aislado y combinado	254

Índice de figuras

Figura 1. Número de ataques terroristas en el mundo entre 1981 y 2000 (Office of the Coordinator for Counterterrorism, 2000)	37
Figura 2. Número de muertos por ataques terroristas en España y grupos terroristas (Fundación Víctimas del Terrorismo, 2020).	42
Figura 3. Número de muertos por la banda terrorista ETA en España según los grupos profesionales (adaptado de Fundación Víctimas del Terrorismo, 2017).	45
Figura 4. Número de muertos por la banda terrorista ETA en España entre 1968 y 2010 (Fundación Víctimas del Terrorismo, 2020).	48
Figura 5. Número de ataques terroristas sin muertos en España entre 2011 y 2017 (Europol, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018*)	50
Figura 6. Diagrama del flujo de los participantes que necesitan nuestro tratamiento y procedimiento del estudio con dichos participantes.....	188
Figura 7. Porcentaje de participantes con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación pre, post y seguimiento al año de la muestra de intención de tratar	223
Figura 8. Porcentaje de participantes con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación pre, post y seguimiento a los dos años de la muestra de intención de tratar.....	224
Figura 9. Porcentaje de participantes con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación pre, post y seguimiento al año de la muestra de completos.....	238
Figura 10. Porcentaje de participantes con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación pre, post y seguimiento a los dos años de la muestra de completos.....	239
Figura 11. Porcentaje de participantes con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación pre y seguimiento al año de la muestra de completos del tratamiento aislado y del tratamiento combinado.	255

Figura 12. Porcentaje de participantes con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación pre y seguimiento a los dos años de la muestra de completos del tratamiento aislado y del tratamiento combinado.257

Abstract

Title: Very long-term follow-up of the effectiveness of trauma-focused cognitive-behavioral therapy in victims of terrorism.

Introduction: So far this century, without taking into account the data from last year 2019 that are still being quantified, there are more than 85,000 terrorist attacks committed, which have taken more than 220,000 lives [National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism START, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018].

An act of this type, committed to generate terror, entails psychological consequences in the people who suffer it, in the rescue teams and possibly in the general population, the final objective of the terrorist act. It has been proven that the prevalence of PTSD among victims of terrorism is between 18 and 40% (DiMaggio & Galea, 2006; García-Vera & Sanz, 2015), that the prevalence of depressive disorders is between 20 and 30% (Salguero et al., 2011), and that the prevalence of anxiety disorders other than PTSD is around 6.1%, but up to 19.8% in the case of agoraphobia (García-Vera & Sanz, 2010)

Therefore, in order to help these victims to recover, we must try to apply the treatments with the greatest empirical support and that are recognized in the guidelines of good clinical practice, among which trauma-focused cognitive-behavioral therapy stands out. However, the effectiveness of this therapy has hardly been proven in the very long term, a year or more after the end of treatment.

Objective: To examine the very long-term effectiveness (one and two years after treatment) of trauma-focused cognitive-behavioral therapy based on prolonged exposure therapy for PTSD by Foa, Hembree, and Rothbaum (2007), in victims of the terrorism

with post-traumatic stress disorder (PTSD), major depressive disorder (MDD), other anxiety disorders and their comorbidities.

Method: A group of 126 direct and indirect victims of terrorist attacks committed in Spain averaged 19.84 years ago, that presented separately or concurrently PTSD (63,5%; 63,8%), MDD (49,2%; 49.1%) or other anxiety disorders (69%). Psychological follow-ups were carried out on all those victims who had completed the psychological treatment, consisting of 16 individual sessions lasting 60-90 minutes. The program included, as a fundamental component, progressive imaginal exposure to the traumatic memories, and in-vivo exposure to the anxiogenic stimuli related to the attack. In addition, to adapt the intervention to the comorbidities and chronicity of the emotional disorders that victims of terrorism often suffer, the treatment included motivational strategies, emotion regulation techniques, anxiety control techniques, programming of pleasant activities for management of depressive symptoms, and narrative therapy. To determine if the therapeutic benefits had been maintained in the very long term, pre-follow-up and post-follow-up comparisons were made taking into account the sample of people who completed the follow-up ($n = 76$ at one year and $n = 54$ at two years) and the intention-to-treat sample ($n = 126$ at one year and $n = 116$ at two years).

Results: The results were analyzed around three indices: diagnostic, symptomatological, and clinical significance. Regarding the first index, all the participants in both the complete and the intention-to-treat sample presented lower percentages in the two follow-ups in the prevalence of PTSD, MDD, other anxiety disorders and their comorbid presentations in comparison to their prevalence in the pretreatment assessment. Regarding the second index, both the participants in the complete sample and those in the intention-to-treat sample decreased their scores

significantly in both follow-ups compared to the pre-treatment assessment and for all measures of emotional symptomatology (PCL, BDI- II, and BAI), except for the PCL applied in the follow-up at two years in the intention-to-treat sample, in which although the score for post-traumatic stress symptoms decreased, said decrease was not significant. In addition, the magnitudes of these decreases in emotional symptoms, that is, their effect sizes, were large for all measures and in both follow-ups in the sample of complete patients (1.16 for the PCL, 1.15 for the BDI-II and 0.93 for BAI at one-year follow-up; 1.73 for PCL, 1.23 for BDI-II and 0.93 for BAI at two-year follow-up), while in the sample intention-to-treat, effect sizes were medium at one year follow-up and small at two year follow-up. Regarding the third index, when the percentages of the participants who had decreased their score in the follow-up below the C score that indicates the limit between the functional and dysfunctional levels of emotional symptoms were compared, it was found that for all the measures of emotional symptomatology, the percentage of people who were below the C score had decreased in the follow-up compared to the pre-treatment evaluation, not being lower in any measure and for both follow-ups to 65% of participants and reaching in the case of the follow-up to the 2 years until 100% of the participants were below the C score in the case of post-traumatic stress symptoms. It was not found that victims who received trauma-focused cognitive-behavioral therapy while simultaneously taking psychotropic drugs had better results from a diagnostic or symptomatic point of view than only receiving such therapy, although, in the case of anxiety symptoms, taking psychotropic drugs seemed to slightly enhance the therapeutic benefits of the therapy.

Conclusions: The results of the present study confirm that trauma-focused cognitive-behavioral therapy is effective in the very long term, showing therapeutic benefits for PTSD that are comparable to the results obtained in previous studies with

victims of terrorism, but with shorter follow-ups, and comparable to the results obtained in previous studies with victims of other traumatic events committed intentionally by humans. Furthermore, the results of the present study suggest that the therapeutic benefits of trauma-focused cognitive-behavioral therapy in victims of terrorism extend to victims of terrorism who had suffered the terrorist attack more than 19 years ago and to other emotional disorders other than PTSD, in particular, MDD and anxiety disorders. In summary, the results of this doctoral thesis and in the absence of studies similar to the one presented here, but focused on the very long-term effectiveness of other psychological therapies or pharmacological therapies, suggest that trauma-focused cognitive-behavioral therapy should be the treatment of choice for victims of terrorism who suffer from PTSD, MDD or anxiety disorders, and both when these disorders present in isolation and when they present simultaneously.

Resumen

Título: Seguimiento a muy largo plazo de la efectividad de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en víctimas de terrorismo.

Introducción: En lo que llevamos de siglo, sin tener en cuenta los datos del pasado año 2019 que aún se están cuantificando, son más de 85.000 los atentados terroristas cometidos, los cuales han segado más de 220.000 vidas [*National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism* START, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018].

Un acto de este tipo, cometido para generar terror, conlleva consecuencias psicológicas en las personas que lo sufren, en los equipos de rescate y posiblemente en la población general, objetivo final del acto terrorista. Se ha comprobado que la prevalencia del TEPT entre las víctimas del terrorismo se encuentra entre el 18 y el 40% (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2015), la de los trastornos depresivos entre un 20 y un 30% (Salguero et al., 2011) y la de los trastornos de ansiedad diferentes del TEPT, entre un 6,1% del trastorno de angustia, hasta un 19,8% en el caso de la agorafobia (García-Vera y Sanz, 2010).

Así pues, para poder ayudar a estas víctimas a recuperarse, hemos de tratar de aplicar los tratamientos con mayor aval empírico y que estén reconocidos en las guías de buena práctica clínica, entre los cuales destaca la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. Sin embargo, apenas se ha comprobado la efectividad de esta terapia a muy largo plazo, un año o más después de haber finalizado el tratamiento.

Objetivo: Examinar la efectividad a muy largo plazo (uno y dos años tras el tratamiento) de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, basada en la terapia de exposición prolongada para el TEPT de Foa, Hembre y Rothbaum (2007), en

víctimas del terrorismo con trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno depresivo mayor (TDM), otros trastornos de ansiedad y sus comórbidos.

Método: Un grupo de 126 víctimas directas e indirectas de atentados terroristas cometidos en España hace una media de 19,84 años y que presentaban, aislada o conjuntamente, TEPT (63%), TDM (49%) u otros trastornos de ansiedad (69%). Los seguimientos psicológicos se realizaron al año y a los dos años a todas aquellas víctimas que habían finalizado el tratamiento psicológico, compuesto por 16 sesiones individuales de 60-90 minutos de duración. El programa incluía, como componente fundamental, la exposición progresiva en imaginación a los recuerdos traumáticos y la exposición en vivo a los estímulos ansiógenos relacionados con el atentado. Además, con el fin de adaptar la intervención a las comorbilidades y la cronicidad de los trastornos emocionales que suelen sufrir las víctimas del terrorismo, el tratamiento contenía estrategias motivacionales, técnicas de regulación emocional, técnicas de control de la ansiedad, programación de actividades agradables para el manejo de la sintomatología depresiva y terapia narrativa. Para determinar si los beneficios terapéuticos se habían mantenido a muy largo plazo, se realizaron comparaciones pre-seguimiento y post-seguimiento teniendo en cuenta la muestra de personas que completaron el seguimiento ($n = 76$ al año y $n = 54$ a los dos años) y la muestra de intención de tratar ($n = 126$ al año y $n = 116$ a los dos años).

Resultados: Los resultados se analizaron en torno a tres índices: diagnóstico, sintomatológico y de significación clínica. En cuanto al primer índice, todos los participantes tanto de la muestra de completos como de la de intención de tratar, presentaron porcentajes menores en los dos seguimientos en la prevalencia del TEPT, del TDM, de otros trastornos de ansiedad y de sus presentaciones comórbidas frente a la prevalencia en la evaluación pretratamiento. Con respecto al segundo índice, tanto los

participantes de la muestra de completos como los de la muestra de intención de tratar disminuyeron sus puntuaciones de forma significativa en ambos seguimientos frente a la evaluación pretratamiento y para todas las medidas de sintomatología emocional (PCL, BDI-II y BAI), exceptuando, en la PCL, el seguimiento a los dos años en la muestra de intención de tratar, en la que aunque disminuía la puntuación de la sintomatología de estrés postraumático, dicha disminución no era significativa. Además, las magnitudes de esas disminuciones en sintomatología emocional, es decir, sus tamaños del efecto, fueron grandes para todas las medidas y en ambos seguimientos en la muestra de completos (1,16 para la PCL, 1,15 para el BDI-II y 0,93 para el BAI en el seguimiento al año; 1,73 para la PCL, 1,23 para el BDI-II y 0,93 para el BAI en el seguimiento a los dos años), mientras que, en la muestra de intención de tratar, los tamaños del efecto fueron medianos en el seguimiento al año y pequeños en el seguimiento a los dos años. En referencia al tercer índice, cuando se compararon los porcentajes de los participantes que habían disminuido su puntuación en el seguimiento por debajo de la puntuación C que indica el límite entre los niveles funcionales y disfuncionales de sintomatología emocional, se encontró que para todas las medidas de sintomatología emocional el porcentaje de personas que se encontraba por debajo de la puntuación C había disminuido en los seguimientos frente a la evaluación pretratamiento, no siendo inferior en ninguna medida y para ambos seguimientos al 65% de participantes y llegando en el caso del seguimiento a los 2 años a encontrarse el 100% de los participantes por debajo de la puntuación C en el caso de la sintomatología de estrés postraumático. No se encontró que las víctimas que recibían la terapia cognitivo-conductual centrada mientras simultáneamente tomaban psicofármacos tuvieran mejores resultados desde el punto de vista diagnóstico o sintomático que únicamente recibían dicha terapia, aunque, en el

caso de la sintomatología de ansiedad, la toma de psicofármacos parecía potenciar ligeramente los beneficios terapéuticos de la terapia.

Conclusiones: Los resultados del presente estudio confirman que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es efectiva a muy largo plazo, mostrando beneficios terapéuticos para el TEPT que son comparables a los resultados obtenidos en estudios previos con víctimas del terrorismo, pero con seguimientos a más corto plazo, y comparables a los resultados obtenidos en estudios previos con víctimas de otros eventos traumáticos cometidos de forma intencionada por el ser humano. Además, los resultados del presente estudio sugieren que los beneficios terapéuticos de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en víctimas del terrorismo se extienden a víctimas del terrorismo que habían sufrido el atentado terrorista hacía más de 19 años y a otros trastornos emocionales distintos del TEPT, en particular, al TDM y a los trastornos de ansiedad. En resumen, los resultados de esta tesis doctoral y a falta de estudios similares al aquí presentado, pero centrados en la efectividad a muy largo plazo de otras terapias psicológicas o de las terapias farmacológicas, sugieren que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma debería de ser el tratamiento de elección para las víctimas del terrorismo que sufren tanto de TEPT como de TDM o de trastornos de ansiedad, y tanto cuando tales trastornos se presentan aisladamente como cuando se presentan simultáneamente.

PARTE TEÓRICA

Capítulo 1.
El problema del terrorismo.
Una visión global

1.1 Definición de terrorismo

El terrorismo es uno de los problemas que más preocupan a la Unión Europea. El anterior presidente de la Comisión Europea, Jean-Claude Juncker, destacó en su discurso sobre el Estado de la Unión Europea ante el Parlamento Europeo, el 14 de septiembre de 2016, entre otros aspectos, la importancia de avanzar hacia una Europa que vele por su seguridad interna y externa, siendo su primer argumento a este respecto la defensa contra el terrorismo, es más, siguió siendo el terrorismo, año tras año, uno de los temas permanentes en su discurso, hasta su cese como presidente en 2019. De hecho, el Parlamento Europeo y el Consejo adoptaron nuevas medidas en forma de Directiva, que se publicaron el 15 de marzo de 2017 y que complementan la legislación vigente sobre los derechos de las víctimas del terrorismo en la Unión Europea. Pero antes de conocer el estado de la cuestión del terrorismo, se hace obligado determinar la definición de dicho concepto para podernos hacer una idea más completa de lo que implica y entender de esta manera la decisión de realizar este trabajo.

Según Krueger y Malecková, (2003) existen más de un centenar de definiciones sobre terrorismo, tanto académicas como diplomáticas, y aunque el terrorismo ha existido desde hace siglos, no es hasta la Revolución Francesa cuando se utiliza el término en sentido político, en el momento en que los jacobinos dirigidos por Robespierre impusieron el Reinado del Terror (1793-1794), utilizando la práctica terrorista “*virtud y terror*” y ejecutando a más de 30.000 personas en Francia (Durán, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no define el terrorismo, sino que lo determina como una forma de violencia colectiva, la cual define como *el uso de la violencia como instrumento por parte de personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo –ya sea transitorio o con una identidad más permanente- contra*

otro grupo o conjunto de individuos, para lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Así pues, el terrorismo comparte categoría con la guerra, la violencia de Estado o la delincuencia violenta organizada (Krug, E.G., Dahlberg, L.L., et al., 2003). Al igual que la OMS, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), no tiene una definición clara de terrorismo, si bien condena los atentados dirigidos contra civiles y no combatientes inocentes y propone como descripción del terrorismo *cualquier acto, además de los actos ya especificados en los convenios y convenciones vigentes sobre determinados aspectos del terrorismo, los Convenios de Ginebra y la resolución 1566 (2004) del Consejo de Seguridad, destinado a causar la muerte o lesiones corporales graves sobre un civil o a un no combatiente, cuando el propósito de dicho acto, por su naturaleza o contexto, sea intimidar a una población u obligar a un gobierno o a una organización internacional a realizar un acto o a abstenerse de hacerlo* (Asamblea General, 2004). A pesar de haber articulado un primer borrador de la definición de terrorismo, la ONU no ha seguido trabajando sobre el mismo, sino que directamente ha trabajado sobre la creación de una Estrategia global de las Naciones Unidas contra el terrorismo, la cual fue aprobada por la Asamblea General el 8 de septiembre de 2006 y se revisa cada dos años, la última revisión se realizó en julio de 2016 (Asamblea General, 2016).

La National Counterterrorism Center (NCTC) de los Estados Unidos desde su primer informe en 2006, utiliza la misma definición que la sección 2656f (b) del título 22 del Código de los Estados Unidos (NCTC, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011; START, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019), definiendo el terrorismo como *violencia premeditada y llevada a cabo con una motivación política contra objetivos no combatientes por grupos subnacionales o agentes clandestinos.*

En España, la Real Academia de la Lengua Española (RAE) propone tres acepciones para el terrorismo, la primera es la “dominación por el terror”, la segunda “sucesión de actos de violencia ejecutados para infundir terror”, y la tercera “actuación criminal de bandas organizadas, que, reiteradamente y por lo común de modo indiscriminado, pretende crear alarma social con fines políticos” (Real Academia de la Lengua, 2016). Sin lugar a dudas la definición más completa que hemos encontrado sobre terrorismo es la establecida en la Ley Orgánica 2/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en materia de delitos de terrorismo (BOE núm. 77 de 31 de Marzo de 2015):

“1. Se considerarán delito de terrorismo la comisión de cualquier delito grave contra la vida o la integridad física, la libertad, la integridad moral, la libertad e indemnidad sexuales, el patrimonio, los recursos naturales o el medio ambiente, la salud pública, de riesgo catastrófico, incendio, contra la Corona, de atentado y tenencia, tráfico y depósito de armas, municiones o explosivos, previstos en el presente Código, y el apoderamiento de aeronaves, buques u otros medios de transporte colectivo o de mercancías, cuando se llevaran a cabo con cualquiera de las siguientes finalidades:

1. ^a Subvertir el orden constitucional, o suprimir o desestabilizar gravemente el funcionamiento de las instituciones políticas o de las estructuras económicas o sociales del Estado, u obligar a los poderes públicos a realizar un acto o a abstenerse de hacerlo.
2. ^a Alterar gravemente la paz pública.
3. ^a Desestabilizar gravemente el funcionamiento de una organización internacional.
4. ^a Provocar un estado de terror en la población o en una parte de ella.

2. Se considerarán igualmente delitos de terrorismo los delitos informáticos tipificados en los artículos 197 bis y 197 ter y 264 a 264 quater cuando los hechos se cometan con alguna de las finalidades a las que se refiere el apartado anterior.

3. Asimismo, tendrán la consideración de delitos de terrorismo el resto de los delitos tipificados en este Capítulo.”

Si algo tienen todas ellas en común, es que el terrorismo es la dominación del Estado mediante el terror premeditado y aplicado a civiles por parte de un colectivo con fines políticos, aunque otras incluyen fines económicos y religiosos.

1.2. El terrorismo en el mundo

El terrorismo es una amenaza con la que llevamos conviviendo desde el año 69 d. de C. momento en el que una secta religiosa denominada sicarii, actuó en Palestina en contra de la administración romana, en la lucha de los zelotes (Remón, 2006; Vázquez, J. F., 2002). No obstante, tal y como hemos referido en el apartado anterior, no fue hasta la Revolución Francesa cuando el término terrorismo ha sido utilizado como tal. A partir de ese momento el terrorismo no ha cesado y todos conocemos grupos como el Ku Ku Klan, creado en el sur de los Estados Unidos para aterrorizar a los esclavos liberados y a los representantes de la administraciones de la reconstrucción tras la guerra civil estadounidense sucedida entre 1861 y 1865, o el grupo terrorista Voluntad Popular en Rusia que actuaba en contra del gobierno del Zar entre los años 1878 y 1881. Posteriormente, durante el siglo XX diferentes organizaciones terroristas como el Ejército Republicano Irlandés (IRA) realizaron ataques terroristas fuera de las fronteras de sus países, siendo apoyados por gobiernos fascistas. Este tipo de terrorismo fue el que dio lugar al inicio de la Primera Guerra Mundial con el atentado de Francisco Fernando de Habsburgo en Sarajevo en 1914. La inestabilidad política facilitó que los atentados terroristas no cesaran, y tras la Segunda Guerra Mundial, el terrorismo utilizó por primera vez como blanco a la población civil general como forma de presión en la lucha anticolonial. Durante la Guerra Fría, la Unión Soviética y Estados Unidos

ayudaron a grupos nacionalistas de varios países económica y armamentísticamente para estar preparados y defenderse el uno contra el otro en caso de guerra. Actualmente, tras la guerra fría y a finales del siglo XX y principios del siglo XXI, surge el terrorismo internacional, como consecuencia de la irresolución de los conflictos entre países y el agravamiento de las diferencias económicas entre estos (Vázquez, J. F., 2002).

Los primeros datos que tenemos del terrorismo internacional de finales del siglo XX se muestran en la [Figura 1](#), en la que podemos comprobar que los años con más ataques terroristas se sitúan entre 1984 y 1988, debido a que la Office of the Coordinator for Counterterrorism del departamento de estado de los Estados Unidos, no excluye los ataques dentro del conflicto intra-Palestino, por lo que debemos interpretar los datos de estos años con cautela (Office of the Coordinator for Counterterrorism, 2016).

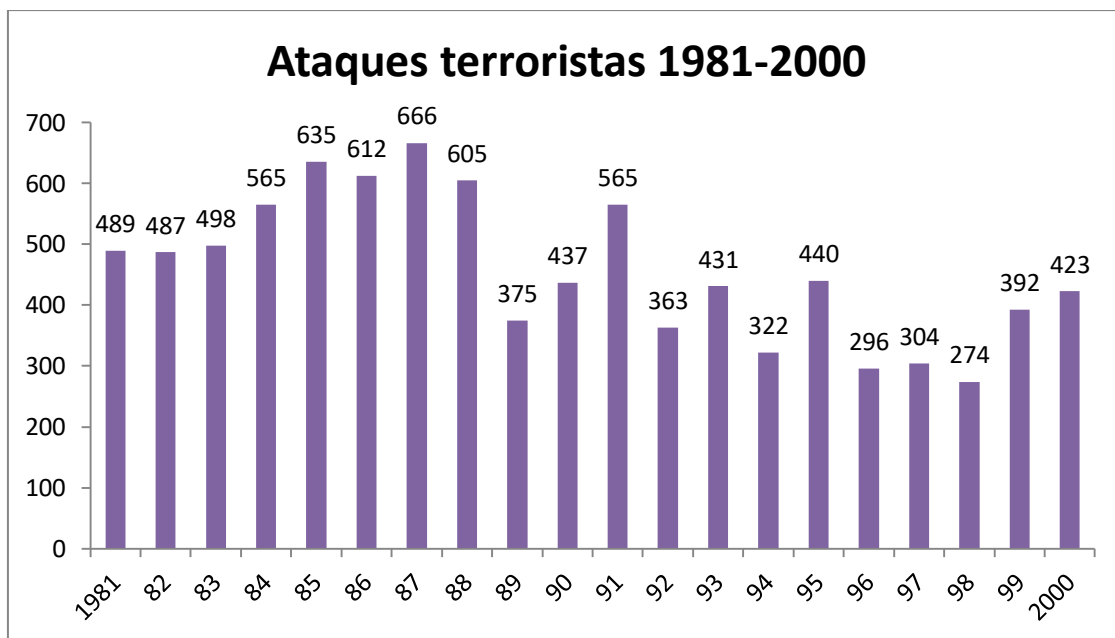


Figura 1. Número de ataques terroristas en el mundo entre 1981 y 2000 (Office of the Coordinator for Counterterrorism, 2000)

En lo que llevamos de siglo, sin tener en cuenta los datos del pasado año 2019 que aún se están cuantificando, son más de 85.000 los atentados terroristas cometidos, los cuales registran más de 220.000 vidas [*National Consortium for the Study of Terrorism y Responses to Terrorism* START, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019], y muchas más las vidas afectadas por la pérdida de un ser querido, ya que tan sólo atribuyendo 3 familiares de primer grado a la cifra anterior de fallecidos, podríamos deducir que más de 663.000 personas se han visto afectadas por un atentado terrorista, todo esto sin contar con los familiares de segundo grado, amigos, voluntarios o personal de emergencias, lo que incrementaría enormemente la cifra estimada y es evidencia más que suficiente para catalogar al terrorismo como uno de los problemas mundiales más graves. Además, debemos tener en cuenta que el cariz del terrorismo ha cambiado mucho en estos dieciocho años, si bien, en el año 2000 algo más de un tercio de los ataques terroristas se realizaron en contra de un oleoducto multinacional en Colombia por parte de dos grupos terroristas de ese territorio, en el año 2001 la situación en Colombia continuó igual pero en el terrorismo internacional todo cambió a partir de los atentados del 11 de septiembre (11-S) a las Torres Gemelas en Nueva York y al pentágono en Washington, atentados masivos cometidos por Al-Qaeda en los que son asesinadas más de 3.000 personas, lo que provoca que los Estados Unidos entren en una guerra contra el terrorismo en Iraq y comiencen a desarrollar protocolos para la lucha contra el terrorismo (Office of the Coordinator for Counterterrorism, 2001, 2002, 2003).

A partir de 2005 los ataques terroristas pasan a ser de varios centenares en los años previos a 2005 a miles de ataques en ese mismo año y los años posteriores, hasta los últimos datos de los que tenemos información del año 2017, debido sobre todo a los incesantes ataques en Oriente Medio y el sur de Asia. Si bien, en los años 2012 y 2013 el número de ataques terroristas descendió, no ha vuelto a hacerlo a los centenares de

ataques de primeros de siglo y este descenso apenas fue significativo, ya que volvió a incrementarse en 2014 a cotas superiores a los años previos a 2012 (véase [tabla 1](#)). Aunque la mayoría de ataques suceda en Oriente Medio, el sur y el este de Asia y el Pacífico (visto en García-Vera et al., START, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019), el terrorismo es una plaga insidiosa que cada vez más va profundizando en el resto de partes del mundo, sobretudo el terrorismo religioso yihadista extremo que se está trasladando de oriente a occidente (Europol, 2015), cambiando de este modo el tipo de terrorismo de un terrorismo de movimiento interno de partidos, de anarquistas antisistema o de grupos separatistas a un terrorismo internacional de gravísima violencia estructural, dirigido contra la idea de sociedad abierta, contra la civilización vinculada a las ideas de progreso y humanismo (Rodríguez, 2015).

Si bien, el terrorismo de Al-Qaeda comenzó realizando atentados masivos como los atentados de Nueva York y Washington del 11-S, los trenes de Madrid del 11 de marzo de 2004 y el autobús de Londres del 7 de julio de 2005, tras el surgimiento del Estado Islámico (EI) y su filiales, en los últimos años, no sólo se han limitado a cometer ataques de carácter masivo como el de la sala Bataclán de París el 13 de noviembre de 2015, sino que cada vez es más habitual que individuos aislados cometan atentados en nombre del EI, como el atentado del 7 de abril de 2017 en Estocolmo, en el que un camión atropelló a varios civiles en el centro de la ciudad, lo que hace aún más difícil a los servicios de seguridad y a las autoridades policiales prevenir los ataques planeados, ya que hay que invertir muchos recursos en realizar un seguimiento al cada vez mayor número de personas sospechosas de simpatizar con la ideología radical del yihadismo (Europol, 2016).

Tabla 1. Ataques y víctimas del terrorismo en el mundo en el período 2000-2018 (adaptado de García-Vera et al., 2015; START, 2015, 2016, 2017, 2018)

Ataques terroristas y víctimas	Año																		
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total de ataques terroristas	423	355	199	208	s.d.	11.111	14.352	14.499	11.770	10.999	11.604	10.283	6.771	9.707	13.463	11.774	11.072	8.584	8.093
Total de fallecidos	409	3.547	725	625	s.d.	14.602	20.573	22.685	15.765	14.971	13.186	12.533	11.908	17.891	32.727	28.328	25.621	18.753	32.83
Total de heridos	796	2.283	2.013	3.646	s.d.	24.705	38.214	44.310	34.124	32.664	30.665	25.903	21.652	32.577	34.785	35.320	33.814	19.461	22.65
Total de secuestrados	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	34.780	15.854	5.071	4.858	10.507	6.050	5.554	1.283	2.990	9.400	12.189	15.543	8.937	3.534

Nota. s.d. = sin datos. Los datos de los años 2001, 2002, 2003 y 2004 proceden de los informes Patterns of Global Terrorism (*realizados por la Secretaria de Estado y el Coordinator for Counterterrorism de los EE.UU.*), los datos de los años 2012 a 2018 proceden de los informes del START (*National Consortium for the Study of Terrorism y Responses to Terrorism de los EE. UU.*), mientras que los restantes proceden de los informes del NCTC (*National Counterterrorism Center de los EE. UU.*).

Los últimos datos registrados en *Global Terrorism Database (GTD)*, recopilados y analizados por *National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism* (START, 2019), indican que durante el año 2018 se realizaron 8.093 ataques terroristas que produjeron 32.834 víctimas, lo que supone un incremento del 4,58% de muertes con respecto al años anterior, después de haber pasado por tres años consecutivos de descenso en el número de ataques y muertes por terrorismo a lo largo del mundo desde el año 2014. Además, 22.651 personas resultaron heridas y se cometieron 3.534 secuestros, lo que supone un aumento del 14% en el número de heridos por ataque terrorista y un descenso del 60,5% en el número de secuestros con respecto al año anterior. El número total de países que han sufrido ataques terroristas en 2018 es de 84, no obstante, el 71% de los ataques se concentraron en 10 países (Afganistán, India, Iraq, Pakistán y Filipinas) e igualmente el 81% de las muertes por atentados terroristas han sucedido en estos 10 países. A estas cifras habría que sumarle nuevamente las personas que han experimentado de forma indirecta el atentado terrorista (START, 2019).

1.3. El terrorismo en España

No podemos olvidar que España ha sido uno de los países europeos más violentamente vapuleado por el terrorismo. Muchos han sido los grupos terroristas que han cometido atentados en suelo español (Benegas, 2004; Rodríguez, 2015), desde grupos de extrema izquierda como el Frente Revolucionario Antifascista y Patriótico (FRAP), el Batallón Vasco Español (BVE) o la Triple A (AAA), etc., a movimientos nacionalistas radicales como los Comandos Autonómicos Anticapitalistas (CAA), Terra Lliure y los Grupos Armados 28 de Febrero (GAVF), entre otros, pero sin lugar a dudas los grupos terroristas que más muertes han cometido en España han sido Euskadi Ta

Askatasuna (ETA) con 829 asesinatos en su haber, los Grupos de Resistencia Antifascista Primero de Octubre (GRAPO) con 85 muertes y Al Qaeda con 190 muertes en el atentado del 11-M en Madrid ([Figura 2](#)).

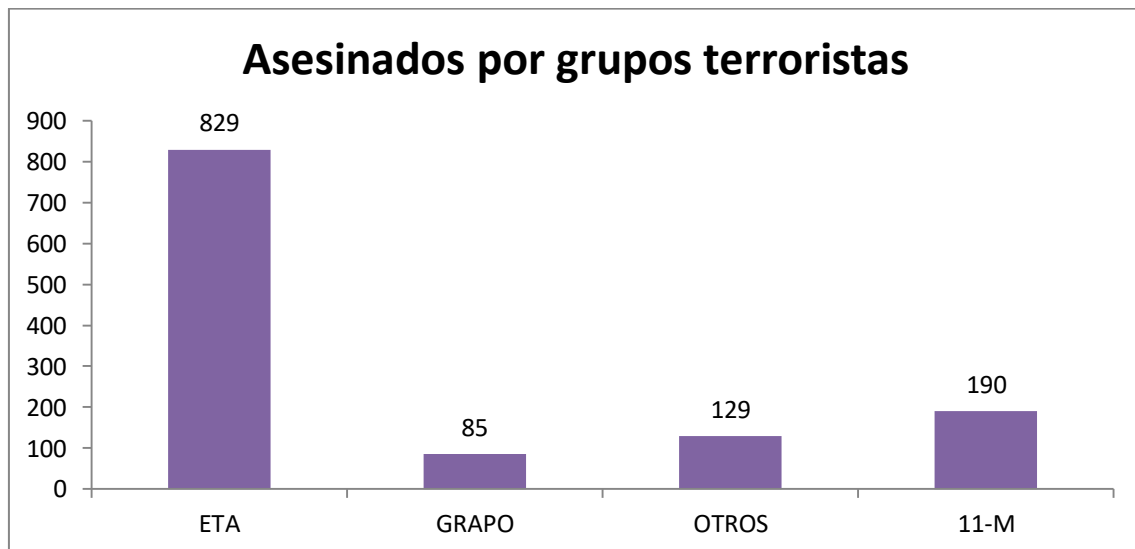


Figura 2. Número de muertos por ataques terroristas en España y grupos terroristas (Fundación Víctimas del Terrorismo, 2020).

Puesto que ETA ha sido el grupo terrorista que más atentados ha cometido en España y que más muertes ha provocado, no puede entenderse la historia del terrorismo en España y las consecuencias psicopatológicas que ha generado en sus víctimas, sin conocer la historia de ETA y la evolución de los derechos de las víctimas del terrorismo en España. Así pues, antes de conocer la historia de ETA, debemos saber que las víctimas del terrorismo son aquellas personas que han sido afectadas por acciones terroristas (Benegas, 2004), aunque si lo analizamos desde una óptica jurídica, víctimas del terrorismo son aquellas personas que hayan sido identificadas como tal por el Derecho legal o judicial, es decir, mediante normas legales de reconocimiento o a través de sentencias penales condenatorias de los terroristas. Así pues, en nuestro país se consideran víctimas del terrorismo los asesinados, secuestrados, heridos o supervivientes de actos calificados jurídicamente como terroristas. También las viudas

desde 2005 y las parejas de hecho (de acuerdo con el Real Decreto-Ley 6/2006, de 23 de junio). Los hijos e incluso en muchos casos los padres, obtienen alguna ayuda o prestación del Ministerio del Interior a través de la Dirección General de Apoyo a Víctimas del Terrorismo creada en 2006 y que por tanto les identifica como tales en un sentido estricto (Rodríguez, 2015).

Una vez identificadas las víctimas del terrorismo en España, es importante conocer la historia de la banda terrorista con más repercusión y más costes de vida. ETA fue fundada por un grupo de nacionalistas en 1958, basando su doctrina en el integrismo católico, la afirmación de la raza vasca, el antiespañolismo, el antiliberalismo y las ideologías revolucionarias, definiéndose como un “*movimiento revolucionario vasco de liberación nacional*” (Avilés, J., 2010). La táctica del terrorismo de ETA, fue el uso de una guerra de desgaste, en la que el Estado y la banda terrorista hacen difícil la supervivencia del otro a través de la violencia; la organización terrorista con los atentados y el Estado con la detención y encarcelamiento de los miembros de la organización, usando la banda terrorista dos restricciones, una la selección de las víctimas y otra las condiciones bajo las cuales los ataques pueden ser más o menos intensos (de la Calle y Sánchez-Cuenca, 2004). Además, la organización terrorista debe asegurarse financiación para poder desarrollar sus actuaciones, por lo que elabora una red de extorsión a empresarios vascos a los que hace pagar el denominado “*impuesto revolucionario*” (Llera, F., 1992; de la Calle y Sánchez-Cuenca, 2004), pago por la liberación de los vascos de la opresión del Gobierno Español.

El primer asesinato de la banda terrorista ETA fue el 28 de junio de 1960, día en el que murió Begoña Urroz, una niña de 22 meses, como consecuencia de las quemaduras que había sufrido el día anterior por una bomba colocada por ETA en la estación Amara de San Sebastián, aunque el atentado no fue reconocido como tal hasta

51 años después de haber sido cometido (Rodríguez, 2015). No obstante, no fue hasta 1968 cuando ETA decidió matar de forma intencionada, asesinando de esta manera al comisario Melitón Manzanás, el 2 de agosto de 1968, en respuesta a la muerte en la huida de un tiroteo en un control de carreteras de un miembro de la banda terrorista, apenas un mes antes, el 7 de junio de 1968, previo al tiroteo los terroristas habían asesinado al Guardia Civil José Antonio Pardines al descubrir un error en la matrícula y los papeles del coche que conducían los etarras. Posteriormente, el asesinato del primer ministro Carrero Blanco en 1973 provocó una crisis entre las diferentes tendencias de ETA y la primera división de la banda terrorista con la expulsión de los sectores descontentos del frente obrero. Poco después, ese mismo año, ETA vuelve a dividirse entre la rama político-militar y la rama militar (Llera, F., 1992). Tras la muerte de Franco en 1975, se esperaba que la organización terrorista abandonara las armas y dejara paso al proceso de democratización, lejos de hacerlo, ETA rechazó la Constitución española (1978) e incrementó el número de asesinatos dando lugar a los denominados “*años del plomo*”.

Hasta esta fecha, las víctimas del terrorismo no habían recibido ningún tipo de ayuda y/o reconocimiento. Como la mayoría de las víctimas formaban parte de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado o del ejército ([Figura 3](#)) solían identificarse y tratarse de forma conjunta e indiferenciada con las víctimas en acto de servicio (Rodríguez, 2015). Además, no es hasta la muerte de Franco cuando el Estado comienza a tomar decisiones normativas de protección a las víctimas del terrorismo, de hecho, José Manuel Rodríguez Uribes, Director General de Apoyo a las Víctimas del Terrorismo del Ministerio del Interior entre 2005 y el 31 de diciembre de 2011, divide este proceso en cuatro etapas. La primera de ellas, durante los años setenta, se corresponde con los recién citados “*años del plomo*”, o también denominados como “*la*

noche de las víctimas”. ETA y otros grupos terroristas causaban decenas de muertes todos los años, y las víctimas no eran atendidas como merecían sino todo lo contrario, incluso eran prejuzgadas bajo el lema “*algo habrá hecho*” que unido a la represión franquista y sus últimas sacudidas en los primeros años de la Transición, contribuían a legitimar a ETA, incluso entre los no militantes, en su dialéctica contra el Estado, con el consecuente abandono y desprecio de la víctima, lo que causaba una doble victimización y consecuentemente mayor dificultad para recuperarse de las posibles secuelas psicopatológicas que pudiera haberle producido el atentado.



Figura 3. Número de muertos por la banda terrorista ETA en España según los grupos profesionales (adaptado de Fundación Víctimas del Terrorismo, 2017).

Desde mediados de los años 80, comienza la segunda etapa para Rodríguez Uribes, caracterizada por un aumento de la “*conciencia colectiva*” debido a los atentados de carácter indiscriminado que comienza a realizar la banda terrorista, ya no sólo contra los miembros y fuerzas de seguridad del Estado, sino también contra la población civil, incluyendo una nueva forma de matar, el coche-bomba. A todo ello contribuyeron los primeros ataques del terrorismo internacional, con el atentado en 1985

al Restaurante El Descanso en Madrid. Es también en ésta época cuando comienza la colaboración de Francia contra el terrorismo de ETA y cuando se funda en el año 1981 la Asociación de Víctimas del Terrorismo (AVT) por Ana María Vidal Abarca. Así pues, comienzan las primeras indemnizaciones económicas aunque estaban limitadas a los casos de fallecimientos y lesión corporal y dependían del nivel de renta de la víctima.

La tercera etapa enmarcada entre finales de los ochenta y principios de los 90, se denomina “*solidaridad con las víctimas*”. En ella, se establecen las primeras pensiones para el régimen de clases pasivas en 1987 y 1992, y para el régimen de la seguridad social en 1990, 92 y 94, estas pensiones eran de carácter vitalicio, compatibles con el trabajo, no tributables y se actualizaban progresivamente con el IPREM. Además, en 1996 se promulga una ley que recoge el régimen ordinario de indemnizaciones y en 1999 se promulga otra ley que recoge el régimen extraordinario y de reconocimiento. Durante estos años surgen movimientos pacifistas como el primer Foro de Ermua (1998) en el País Vasco, se crean nuevas asociaciones de víctimas de ámbito regional y autonómico, se instituyen las primeras fundaciones en memoria de víctimas concretas del terrorismo, se promueven las primeras subvenciones de la Administración General del Estado (1996) para asociaciones y fundaciones, y comienzan a promulgarse leyes autonómicas para el reconocimiento, el apoyo y la reparación de las víctimas. Durante estos años ETA continúa matando e intenta seguir haciendo daño al Gobierno Español incrementando su actividad en 1991 para generar miedo con las cercanas Olimpiadas, por lo que asesina a políticos como Gregorio Ordóñez entre otros, pero fue dos días antes del 12 de julio de 1997 cuando se produce una gran movilización social en España, ETA secuestra a Miguel Ángel Blanco y amenaza al Gobierno con asesinarlo si en 48 horas no traslada al País Vasco a los presos de la banda terrorista. La amenaza

produjo una movilización social en España y también en el País Vasco sin precedentes, auspiciada además por el rescate días antes del funcionario de prisiones Ortega Lara, en condiciones pésimas y con una delgadez extrema. La ejecución de la amenaza de ETA seguida por millones de españoles a través de la televisión, produjo que la mayoría de ellos salieran a las calles a protestar por el asesinato. Un año después, y tras negociaciones con el Gobierno de España, ETA anuncia una tregua que mantuvo hasta diciembre de 1999, volviendo a matar en el año 2000.

La cuarta y última fase para Rodríguez Uribes, se corresponde con la primera década del siglo XXI, más específicamente tras los atentados islamistas del 11 de marzo de 2004 en Madrid. En esta época las víctimas se constituyen como sujetos de derechos, se crea la Fundación de Víctimas del Terrorismo, nace la oficina de víctimas del terrorismo en el País Vasco, la figura de un Fiscal Especial para las víctimas del terrorismo en la Audiencia Nacional y una oficina de información policial y procesal en 2005 por el Ministerio de Justicia. Así mismo, se aprueba la Ley 29/2011 de Reconocimiento y Apoyo Integral a las Víctimas del Terrorismo, que incrementa las indemnizaciones, es de carácter retroactivo, asegura la atención integral de las víctimas del terrorismo e intenta reparar la dignidad y la memoria a través de actos públicos, monumentos y condecoraciones, entre otros, para las víctimas del terrorismo. Además, dentro del plano que nos ocupa, la atención psicológica, se establece el compromiso de realizar un plan formativo especializado para profesionales sanitarios, de forma que se pueda atender las demandas de las víctimas dentro del sistema Nacional de Salud a corto y largo plazo. Durante esta época, debido al incremento de la lucha contra el terrorismo por parte de los estados después de los atentados del 11-S en Nueva York, el 11-M en Madrid y el 7-J en Londres, ETA se debilita y anuncia una tregua en 2006 que rompe en diciembre de ese mismo año, en el momento en que hace estallar una bomba

en la terminal T4 del aeropuerto de Barajas en Madrid, aunque no reconoce el final de la tregua hasta junio de 2007, y no es hasta 2010 que comete su último atentado terrorista asesinando a un policía francés ([Figura 4](#)) aunque no es hasta el 20 de octubre de 2011 cuando la organización terrorista anuncia el cese definitivo de su actividad armada. A partir de este momento y hasta el día de hoy se han cometido numerosas detenciones de miembros de la organización, gracias a la estrecha colaboración entre el Gobierno de España y el de Francia.

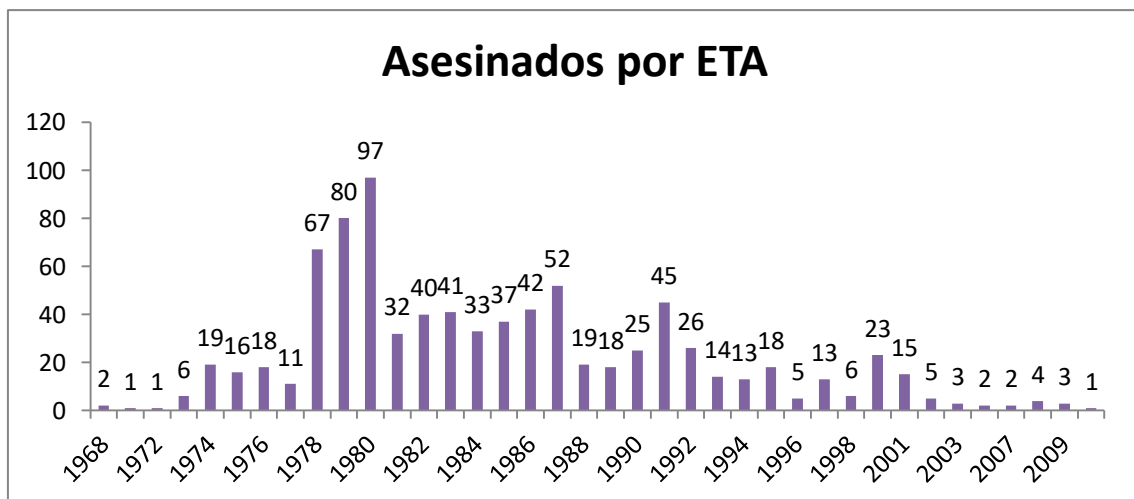


Figura 4. Número de muertos por la banda terrorista ETA en España entre 1968 y 2010 (Fundación Víctimas del Terrorismo, 2020).

ETA ha cesado su actividad armada pero España sigue sufriendo ataques terroristas de grupos de extrema izquierda, de extrema derecha y de grupos separatistas ([Figura 5](#)), si bien, afortunadamente estos ataques no han generado pérdidas humanas, limitándose a daños físicos menores o a daños materiales. Además, España sigue siendo un blanco de mira del terrorismo internacional, como muestran los atentados de Barcelona y Cambrils del año 2017, que dejaron 16 fallecidos, por lo que la policía y los servicios de inteligencia españoles centran parte de su actividad en la persecución de posibles terroristas o simpatizantes del terrorismo. El atentado yihadista en suelo

español que más muertes generó, fue el 11 de marzo de 2004, antes y después del mismo, han muerto españoles en el resto del mundo a manos de grupos terroristas yihadistas, llegando a haber sido asesinados un total de 59 personas entre los años comprendidos entre 2003 y 2019 fuera de España, concretamente en 1 en Estados Unidos, 19 en Afganistán (José Arnaldo Hernández, Idoia Rodríguez, Estalyn Angelo Mera, Germán Luis Pérez, Rubén Alonso, Juan Andrés Suárez, Abrahan Leoncio Bravo, José María Galera, Ataollah Taefy, Jonh Felipe Romero, Cristo Ancor Cabello, Antonio Planas, Manuel Argudín, Niyireth Pineda, David Fernández, Joaquín Moya, Jorge García, Isidro Gabino San Martín y Mohammad Amin Sultan), 11 en Irak (Teresa Esquivias, Gonzalo Pérez, Carlos Baró, José Lucas Egea, Alberto Martínez, José Ramón Merino, José Carlo Rodríguez, Alfonso Vega, Luis Ignacio Zanón, José Antonio Bernal y Manuel Martin-Oar Fernández), 2 en Túnez (Antoni Cirera y Dolores Sánchez), 2 en Francia (Michelli Gil y Juan Alberto González), 6 en Líbano (Yeison Alejandro Castaño, Jonatan Galea, Manuel David Portas, Yhon Edison Posada, Jeferson Vargas y Juan Carlos Villora), 8 en Yemen (Magie Álvarez, María Isabel Arranz, Marta Borrell, Miguel Essery, María Teresa Pérez, Antonio Pomes, Gabriel Tortosa y María Asunción Vitorica), 6 en Marruecos (Francisco Abad, Manuel Albiac, Juan Alíe Maciá, Domingo Mateos, Antonia García y Salvador Tomás, estos dos últimos en el año 1994), 1 en Reino Unido (Ignacio Echevarría), 1 en Burkina Faso (Antonio César Fernández) y 2 en Sri Lanka (Alberto Chaves y María González), (Asociación Víctimas del Terrorismo, 2020; Fundación Víctimas del Terrorismo, 2020). Desgraciadamente el pasado 17 de agosto de 2017, España volvió a sufrir el golpe del terrorismo en los ataques de Barcelona y Cambrils, en los que fallecieron 16 personas y 126 resultaron heridas de 34 nacionalidades diferentes.

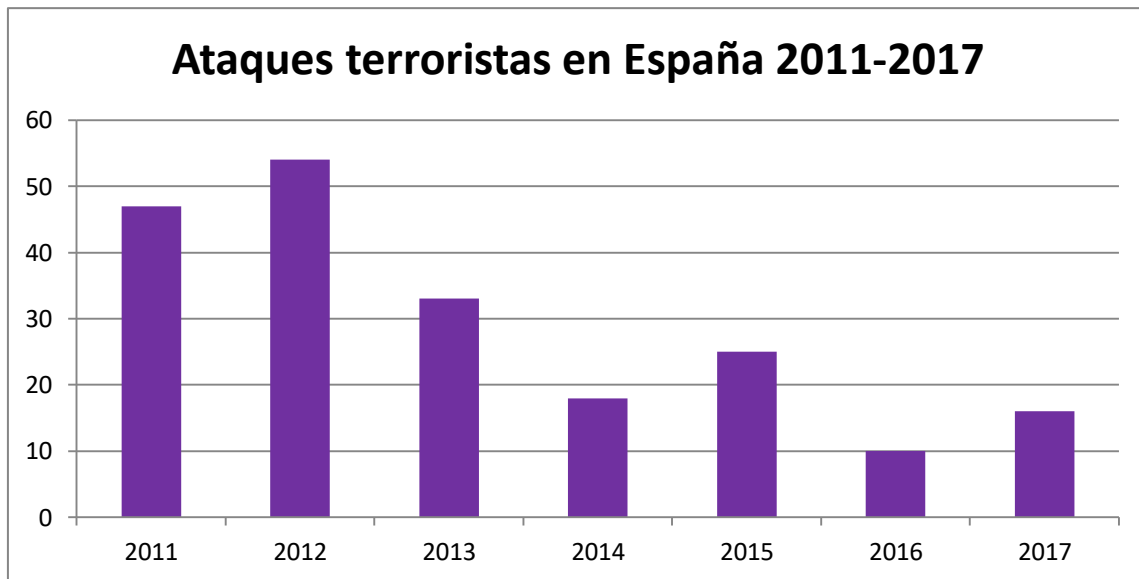


Figura 5. Número de ataques terroristas sin muertos en España entre 2011 y 2017 (Europol, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018*)

Cabría suponer que durante los últimos años, con la gran cantidad de medidas establecidas en la cuarta fase de Rodríguez Uribe, las víctimas están recibiendo una atención completa e integral, sin embargo, esto no es del todo cierto, todavía tuvieron que sufrir el 21 de octubre de 2013 la derogación de la Doctrina Parot (la reducción de las penas por beneficios penitenciarios se aplicaba a cada una de las penas individuales y no al máximo legal de años permitido para estar en prisión) por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, mediante la cual muchos terroristas, entre otros condenados por diversos motivos salieron de la cárcel. Y aún tuvieron que esperar hasta el 1 de julio de 2015 para que se realizaran enmiendas en el Código Penal español y en su artículo 575,2 se estableciera como delito *“cualquier tipo de adoctrinamiento o entrenamiento para el combate o propósitos militares con el objetivo de preparar o cometer cualquier tipo de delito relacionado con el terrorismo”*. Lo más asombroso es que no fue hasta abril del pasado año 2016, cuando el Ministerio del Interior presentó la Red Nacional de Psicólogos para la Atención de las Víctimas del Terrorismo, la cual en el momento de

su constitución estaba integrada por 230 profesionales y tiene capacidad de atender a las víctimas residentes en todas las provincias de España, tanto en situaciones de emergencia como por daños psicológicos sufridos por un atentado (Ministerio del Interior, 2017). Hasta esta fecha las víctimas del terrorismo habían sido atendidas gracias a las asociaciones y fundaciones de víctimas del terrorismo, en especial gracias al convenio de colaboración realizado entre la AVT y la Universidad Complutense de Madrid (UCM) en el año 2012, mediante el cual se comenzó a realizar un seguimiento psicológico a todas las víctimas de España, ofreciendo un tratamiento gratuito basado en la evidencia científica que continúa en el día de hoy.

1.4. Consecuencias psicopatológicas del terrorismo

Es lógico suponer que un acto cometido para generar terror conllevará consecuencias psicológicas en las personas que lo sufran, en los equipos de rescate y posiblemente en la población general, objetivo final del acto terrorista. Hace años que se estudian las repercusiones del terrorismo en la salud mental, aunque han sido pocos los estudios que se han realizado antes de los atentados masivos del 11 de septiembre en Estados Unidos y en su mayoría se han realizado a víctimas directas de atentados terroristas, tal es el caso de los ataques a civiles en Francia entre 1982-1987 (Abenhaim, Dab y Salmi, 1992), el terrorismo de la organización terrorista IRA en el Norte de Irlanda (Bell et al., 1998; Curran, 1988; 1990), el atentado a través del agente químico “sarín” en Tokio en 1995 (Kawana, Ishimatsu y Kanda, 2001) o el atentado en el metro de París (Jehel, Duchet, Paterniti, Louville y Carli, 1999). Aunque también se ha realizado algún estudio en la población general como en el caso de la bomba en el edificio de la ciudad de Oklahoma (Smith, Christiansen, Vicent y Hann, 1999). Sin embargo, no es hasta después de los atentados del 11 de septiembre en las Torres

Gemelas en Nueva York y el pentágono en Washington, cuando comienza a estudiarse en profundidad las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas tanto en las víctimas directas como en la población general, de hecho, la proliferación de artículos ha sido tal, que a día de hoy disponemos de varias revisiones narrativas y meta-analíticas que los recogen, como son las de DiMaggio y Galea (2006), DiMaggio, Galea, y Li (2009), García-Vera y Sanz (2010), Salguero, Fernández-Berrocal, Iruarrizaga, Cano-Vindel y Galea (2011) y García-Vera y Sanz (2017).

Sin embargo, hay que tener en cuenta no sólo la limitación temporal en cuanto a los pocos y recientes años en los que se están realizando estos estudios, sino también la limitación geográfica y cultural que supone el hecho de que la mayoría de dichos estudios hayan sido realizados en países occidentales, y la limitación en cuanto al tipo de atentado, ya que muchos de los estudios se han llevado a cabo en población que sufrió atentados masivos. No podemos olvidar que fueron los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington DC los que supusieron un punto de inflexión en la investigación sobre las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas, con un increíble aumento en las publicaciones científicas sobre el tema (García-Vera, M.P., Sanz, J., 2010).

Tras una situación traumática, como es un atentado terrorista, la mayoría de las víctimas no desarrollaran sintomatología o trastornos mentales (DiMaggio y Galea, 2006; Gutiérrez Camacho, 2015; García-Vera y Sanz, 2016; García-Vera, Sanz y Gutiérrez, 2016), llegando a dotar a su vida de un nuevo significado e incluso llegando a desarrollar emociones positivas en situaciones muy estresantes (Pelechano, 2007; Tedeschi y Calhoun, 2004), generándose lo que se conoce como crecimiento postraumático. No obstante, hasta un cuarto de las personas que han sufrido un acontecimiento traumático en su vida, desarrollará trastorno de estrés postraumático

(Breslau, Kessler, Chicoat, Schultz, Davis y Andreski, 1998; Hidalgo y Davidson, 2000., Palacios y Heinze, 2002), si bien es cierto que la recuperación estable de las personas que han sufrido un acontecimiento traumático, alrededor del 18 al 50% lo harán a largo plazo, dentro de los 3 a 7 primeros años tras el evento, enfrentándose el resto a un curso crónico (Steinert et al., 2015). Esto mismo ocurre en víctimas de atentados terroristas, donde muchas de ellas sufrirán TEPT, entre otros trastornos (DiMaggio y Galea, 2006; DiMaggio, Galey y Li, 2009; García-Vera y Sanz, 2010; García-Vera y Sanz, 2015; Salguero et al., 2011), encontrándose estos porcentajes muy por encima de su prevalencia en la población general, la cual se ha estimado al año entre un 0,5% y un 3,5% en España y EEUU (Haro et al., 2006; Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005; the ESEMeD /MHEDEA 2000 Investigators, 2004, referenciados en García-Vera, Sanz y Gutiérrez, 2016).

Una de las consecuencias psicopatológicas más prevalentes y más estudiadas en víctimas de atentados terroristas es la sintomatología postraumática. Son muchos los estudios que han determinado varios factores de riesgo para el desarrollo de sintomatología postraumática tras un atentado terrorista. En cuanto a los factores de riesgo sociodemográficos destacan el hecho de ser mujer, el vivenciar el atentado siendo un adulto joven o el evidenciar cambios en su estado civil debido al atentado (Cohen, Alison, McIntosh, Poulin, y Gil-Rivas, 2002; Trautman et al., 2002; Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Galea, 2004; Rubin, Brewin, Greenberg, Simpson y Wessely, 2005). Otros factores están relacionados con variables clínicas como la historia familiar y personal de psicopatología, mostrándose más sensibles a la sintomatología postraumática las víctimas con antecedentes personales de tratamiento psiquiátrico (North et al., 1999; Baca, Cabanas, Pérez-Rodríguez y Baca-García, 2004). Otros son los factores asociados al atentado como el tipo de ataque terrorista, mostrando

más relevancia aquellos producidos mediante explosivos; o la cercanía respecto al atentado, considerándose que se verán más afectadas la personas que han sufrido directamente el atentado frente a las víctimas indirectas o el personal de rescate y emergencia (Neria, DiGrande y Adams, 2011; Cohen et al., 2002; Baca et al., 2004; Tobal et al., 2004; Galea y Resnick, 2005), llegando a ser de seis a ocho veces más frecuente en aquellas personas que han sufrido el atentado terrorista de manera directa frente a los que lo han sufrido de manera indirecta (Hasen et al., 2017). Otros factores de riesgo son el haber sufrido alguna lesión o secuela durante el atentado, sobre todo si el daño fue severo y se necesitó hospitalización mayor a una semana (Verger et al., 2004), otro factor es la falta de apoyo social percibido (Baca et al., 2004; Zhang et al., 2013; Steinert et al., 2015) y otro el hecho de haberse visto expuesto a uno o más eventos traumáticos a lo largo de su vida, más específicamente el haber sufrido otro acontecimiento traumático el año anterior al atentado o los dos años posteriores a este (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders y Best, 1993; Breslau, Davis, Peterson y Schultz, 1997; Hidalgo y Davidson, 2000; Neria et al. 2011), además un estudio realizado por Pozza et al. (2019) sugiere que el TEPT en personas que han sufrido un atentado terrorista puede tener un cuadro más severo que en aquellas personas que han experimentado otro tipo de evento traumático, debido a que el enfrentamiento basado en la evitación de los que han sufrido un atentado terrorista, puede ser un factor de mantenimiento de la sintomatología.

Analizando los datos de prevalencia para el TEPT, según el meta-análisis de DiMaggio y Galea (2006) este obtuvo una prevalencia del 18% en los 8 estudios analizados en víctimas directas ([Tabla 2](#)). No obstante, la actualización de este estudio que se realizó en la revisión de García-Vera y Sanz (2015), en la que se incluyeron 5 estudios más posteriores a dicho meta-análisis, muestra una prevalencia del 39,9% por

lo que García-Vera y Sanz (2015) optaron por tomar una postura conservadora en la que indicaron que la prevalencia del TEPT para supervivientes de atentados terroristas, se situaba entre el 18 y el 40% ([Tabla 2](#)). Tanto en el meta-análisis como en la revisión, no sólo analizaron la prevalencia del TEPT en los supervivientes sino que también lo hicieron en otros colectivos como el personal de rescate y emergencia, y los empleados de los servicios de reconstrucción y limpieza. En este sentido DiMaggio y Galea (2006) encontraron una prevalencia del 16,8% y García-Vera y Sanz (2015) del 12%, esta diferencia como refieren los últimos, podría venir determinada por varios factores, el primero de ellos es que los resultados de DiMaggio y Galea (2006) sólo se han obtenido de dos estudios, uno basado en los atentados del 11-S (CDC, 2004) y el otro, en las bombas de Ocklahoma (North et al., 2002), mientras que el estudio de García-Vera y Sanz (2015) recoge además, los resultados de otros 5 estudios, dos de ellos relativos al atentado del 11-M y el resto sobre los atentados del 11-S. Otra de las razones que arguyen es la diferencia derivada de las particularidades de los atentados tenidos en cuenta en cada uno de los estudios, en el meta-análisis de DiMaggio y Galea (2006) los atentados fueron mucho más destructivos, hubo un mayor número de fallecidos y heridos, incluso en los propios miembros de rescate y emergencias por lo que estos podrían considerarse también afectados por la destrucción del atentado, además tuvieron que pasar mucho más tiempo trabajando en la zona del suceso, existiendo tal como indica North et al. (2002) una relación positiva entre el número de días de trabajo en la zona del atentado y la presencia de TETP, mientras que en la revisión de García-Vera y Sanz (2015) los dos estudios que analizan la prevalencia en personal rescate y emergencias del 11-M (Gabriel et al., 2007; Miguel-Tobal et al., 2004) muestran una prevalencia del TEPT de un 1,2 y 1,3%, hecho que puede ser debido a que este grupo se

mezcla con personal de reconstrucción y limpieza que trabajó en la zona del atentado pero que muestran un porcentaje de sintomatología mucho menor.

El meta-análisis de DiMaggio y Galea (2006) no analiza la prevalencia del TEPT en los familiares y amigos de las víctimas de los atentados terroristas aún a pesar de ser obvia la relación entre ambos, debido a la experiencia propia de angustia, dolor y pérdida por el conocimiento de que su familiar o amigo se ha visto inmerso en un atentado, las repercusiones psicológicas derivadas del cuidado de ese familiar bien por sus secuelas físicas o psicológicas derivadas del atentado o bien por compartir su vida con la víctima afectada física o psicológicamente. Así pues, la revisión sistemática de García-Vera y Sanz (2015) intentó salvar este déficit realizando un análisis de los estudios en los que se había valorado a esta población (Fraguas et al., 2006; Gil y Caspi, 2006 y Miguel-Tobal et al., 2004), encontrando una prevalencia ponderada del 27,6% para el diagnóstico de TEPT ([Tabla 2](#)), mayor que la encontrada en los grupos de rescate y emergencias (16,8 o 12%) y similar a la encontrada para los supervivientes (18 o 39,9%).

En todos los grupos de afectados por atentados terroristas (supervivientes, personal de emergencia y rescate, y familiares o amigos de supervivientes), la prevalencia del TEPT fue superior a la encontrada por DiMaggio y Galea (2006) en la población general (10,9%) y mayor también a la encontrada en la revisión de García-Vera y Sanz (2015) para la población general (10,5%), de lo cual podemos deducir que resulta imprescindible el desarrollo de protocolos de intervención para los citados colectivos en pro de la pronta recuperación de sus secuelas psicológicas, y más sabiendo, como así puede observarse en el estudio de DiMaggio y Galea (2005) que la prevalencia del TEPT dos meses después del atentado es de un 16%, seis meses después de un 14% y un año después de un 12%, lo que sólo supone una reducción de la

prevalencia del TEPT de un 25% después de un año del acontecimiento traumático. En un estudio de Gutiérrez Camacho, (2015) la prevalencia del TEPT fue mucho mayor que la encontrada por DiMaggio y Galea (2005), incluso habiendo transcurrido mucho más tiempo, una media de 21 años tras el atentado, encontrándose ésta en el 27%. Así mismo, García-Vera y Sanz (2016) encontraron resultados contradictorios en sus estudios, encontrándose en uno de ellos una reducción significativa entre los 6 y los 9 meses de 28,2% a 15,4%, mientras que dicha reducción no fue significativa en otro de ellos, pasando esta de 34% a 31,3%. Además, en un estudio longitudinal encontraron que la prevalencia del TEPT en víctimas del 11-M a los seis meses (34,1%) era muy similar a la que padecían al mes (35,7%), y aunque al año descendía de forma significativa (29%), seguía siendo superior a la prevalencia en la población general. Puesto que la prevalencia del TEPT en las víctimas del terrorismo es superior a la población general en los estudios encontrados y a otros eventos traumáticos, debemos de centrar nuestros esfuerzos en realizar protocolos de intervención específicos y especializados para poder disminuir estos porcentajes en las víctimas del terrorismo y proporcionarles de este modo herramientas para la pronta recuperación de su salud psicológica.

Tabla 2. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático

Referencia			Procedimiento	Estudios	Momento de evaluación tras el atentado	Prevalencia del TEPT	Prevalencia a largo plazo
Víctimas directas							
DiMaggio 2006	y	Galea,	Meta-análisis	8 estudios (primer autor): Curran, 1990 Shavel, 1992 Abenhaim, 1992 Desivilya, 1996 Loughry, 1998 Kawana, 2001 Verger, 2004a	Entre 6 meses y 5 años (3 estudios sin especificar)	16,8%	2 meses después: 16% 6 meses después: 14% 12 meses después: 12%*
García 2017	Vera y	Sanz,	Revisión narrativa	6 estudios (primer autor): Fraguas, 2006 Conejo-Galindo, 2008 Gabriel, 2007 Gil, 2006 Kutz, 2006 Shalev, 2005	Entre 1 y 6 meses	39,9%	1 mes después: 35,7% 6 meses después: 34,1% 12 meses después: 28,6%
Familiares y amigos de heridos y fallecidos							
DiMaggio 2006	y	Galea,	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
García 2017	Vera y	Sanz,	Revisión narrativa	3 estudios (primer autor): Fraguas, 2006 Gil, 2006 Miguel-Togal, 2004	Entre 1 y 6 meses	27,6%	1 mes después: 28,2-34% 6-9 meses después: 15,4- 31,3%
Personal de servicios y emergencias							

Referencia			Procedimiento	Estudios	Momento de evaluación tras el atentado	Prevalencia del TEPT	Prevalencia a largo plazo
DiMaggio 2006	y	Galea,	Meta-análisis	2 estudios (primer autor): North, 2002 CDC, 2004	Entre 1 y 5 años	16,8%	2 meses después: 16% 6 meses después: 14% 12 meses después: 12%
García Vera 2017	y	Sanz,	Revisión narrativa	7 estudios (primer autor): North, 2002 CDC, 2004 Gabriel, 2007 Miguel-Tobal, 2004 Perrin, 2007 Stelmman, 2008 Zimering, 2006	Entre 1 mes y 5 años	12%	1 mes después: 1,2% 6-9 meses después: 0%
Población general							
DiMaggio 2006	y	Galea,	Meta-análisis	10 estudios (primer autor): Pfefferbaum, 2000 Sprang, 2001 CDC, 2002b Galea, 2002 Bleich, 2003 Galea, 2003a Galea, 2003 Njenga, 2004 Boscarino, 2004a Gidron, 2004	Entre 2 meses y 5 años	10,9%	2 meses después: 16% 6 meses después: 14% 12 meses después: 12%

Referencia	Procedimiento	Estudios	Momento de evaluación tras el atentado	Prevalencia del TEPT	Prevalencia a largo plazo
García Vera y Sanz, 2017	Revisión narrativa	8 estudios (primer autor): DiGrande, 2008 Gabriel, 2007 Gelkopf, 2008 Miguel-Tobal, 2005 Nandi, 2005 Shalev, 2006 Somer, 2005 Vázquez, 2006	Entre 18 días y 44 meses	10,5%	1 mes después: 2,3% 6-9 meses después: 0,4%

Nota. s.d. = sin datos. TEPT = Trastorno por estrés postraumático. *Los datos sobre el curso del trastorno se establecen en el meta-análisis de DiMaggio y Galea (2006) a nivel general.

No podemos olvidar que un suceso de este calibre, no sólo va a tener como consecuencia psicopatológica el TEPT, sino que también producirá otro tipo de trastornos psicológicos comórbidos o no a éste, como el trastorno depresivo mayor (TDM), otros trastornos de ansiedad no relacionados con el TEPT y el excesivo consumo de alcohol o sustancias (DiMaggio et al, 2009; García-Vera y Sanz, 2010; Salguero et al., 2011). Así pues, García-Vera y Sanz (2010) encontraron en su revisión que la prevalencia de los trastornos depresivos y otros trastornos de ansiedad diferentes al TEPT se situaba para las víctimas directas entre un 7 y un 34%, siendo de entre un 2 y 11% para la población general y entre un 1 y un 9% para los servicios de rescate y emergencias.

En el caso específico de los trastornos depresivos, Salguero et al., (2011) estimaron una prevalencia de entre el 20-30% para las víctimas directas y del 4-10% para la población general un mes después de haber sucedido el atentado ([Tabla 3](#)). No obstante, hemos de tener en cuenta que en la revisión, se incluían los familiares y amigos de heridos y fallecidos en las víctimas directas, junto con los supervivientes. No es el caso de la revisión de García-Vera y Sanz (2010), que a la vez que realizan una prevalencia conjunta de los trastornos depresivos y de ansiedad diferentes al TEPT, también la estimaron para cada uno de los trastornos valorados en la revisión y para cada uno de los grupos tenidos en cuenta en ella (supervivientes, familiares y amigos de heridos y fallecidos, población general, y servicios de rescate y emergencia) exceptuando el grupo de familiares y amigos de heridos y fallecidos en los trastornos de ansiedad no debidos al TEPT. Así pues, el estudio de García-Vera y Sanz (2010) encontró que los porcentajes de prevalencia más elevados en los trastornos depresivos se correspondía con el grupo de familiares y amigos de heridos y fallecidos, con un 47% de prevalencia, incluso por encima de los supervivientes (33,9%), y por supuesto mucho

mayor que el personal de rescate y emergencias (8,6%) y que la población general (9,1%) ([Tabla 3](#)). Al igual que en el TEPT, García-Vera y Sanz, (2016) encontraron que la prevalencia a los 9 meses del TDM tan sólo se había reducido de un 31,2% a 15,2% en familiares de fallecidos y heridos y de un 28,6% a un 22,7% en heridos, muy superior en ambos casos a la encontrada en la población general. Además, Gutiérrez Camacho, (2015) en un estudio realizado con 507 víctimas españolas encontró que la prevalencia del TDM en una media de 21 años tras el atentado se mantenía en estas víctimas en un 17,9%, muy superior sin lugar a dudas de la encontrada por otros estudios (4-10%) (García-Vera y Sanz, 2010; Salguero et al., 2011).

En cuanto a los trastornos de ansiedad diferentes del TEPT, la revisión de García-Vera y Sanz (2010), encontró que el trastorno más prevalente en los supervivientes era la agorafobia (19,8%), seguido del TAG (6,9%) y del trastorno de angustia (6,1%). La prevalencia de dichos trastornos tanto en la población general como en los profesionales de rescate y emergencias se sitúa bastante por debajo de los encontrados en los supervivientes, un 10,5% y un 0,7% para la agorafobia en población general y servicios de rescate y emergencias, respectivamente, un 2,1% y un 4,9% en el caso del trastorno de angustia, exceptuando el TAG en la población general (8,6%), cuya prevalencia es mayor que en los supervivientes, aunque sigue siendo inferior (0,9%) para los profesionales de rescate y emergencias ([Tabla 4](#)). Es importante resaltar que todos los porcentajes tanto de los trastornos depresivos como de los de ansiedad fueron superiores a los obtenidos en el estudio de Haro et al., (2006) sobre población española antes de los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid, siendo estos de 3,9% para el episodio depresivo mayor, 0,3% para la agorafobia, 0,6% para el trastorno de angustia y 0,5 para el trastorno de ansiedad generalizada. Cabe destacar que para los trastornos de ansiedad Gutiérrez Camacho, (2015) encontró tras 21 años de haber

sufrido el atentado terrorista, una prevalencia del 9,1% para el trastorno de angustia con agorafobia, un 4,3% para el trastorno de angustia sin agorafobia y un 11,8% para el trastorno de ansiedad generalizada.

Es necesario tener en cuenta que la presencia de algunos de los trastornos anteriormente mencionados se muestra en muchas ocasiones de manera comórbida o simultánea, siendo una de las formas más frecuentes la presencia de TEPT con TDM. Así pues, Tobal et al., (2004) encontraron que casi el 19% de las 117 víctimas del 11-M recogidas en su estudio, presentaban de manera comórbida ambos trastornos. Además, Gillespie, Duffy, Hackmann y Clark (2002) informan que entre las víctimas con TEPT crónico que participaron en un estudio abierto sobre terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para víctimas del terrorismo en el Norte de Irlanda, se encontró que un 54% padecía simultáneamente otro trastorno clínico del eje I (García-Vera y Sanz, 2010). Así mismo, se han encontrado estudios en los que se muestra la comorbilidad del TEPT con TDM y/o con duelo complicado (Shear, Jackson, Essock, Donahue, & Felton, 2006).

DiMaggio et al., (2009) quisieron estudiar en su meta-análisis si tras un atentado terrorista se producía un cambio en el consumo de alcohol, tabaco u otras mezclas de sustancias (entre las que se encontraban las recetadas por un facultativo), para ello, revisaron 31 estudios y concluyeron que dos años después del atentado en ninguno de los estudios se había producido una disminución en el consumo de alcohol, tabaco o de la mezcla de sustancias, sino que por el contrario el consumo de alcohol había incrementado un 7,3%, el del tabaco un 6,8% y el de la mezcla de sustancias en un 16,3%, superando de este modo los porcentajes que en EEUU son considerados como abuso (4,6%) y dependencia de sustancias (3,8%) para la población general. No obstante, hay que tener en cuenta que en esta revisión no se establece una diferenciación

entre supervivientes, familiares y amigos, personal de rescate y emergencias, y población general. Aunque los autores de la revisión no indican de forma clara si existe comorbilidad entre el abuso de alcohol, tabaco y mezcla de sustancias con otros problemas psicológicos, sí que indican la relación de estos para paliar síntomas de la depresión o la ansiedad, ya que refieren que la personas que han sufrido el trauma podrían hacer uso de dichas sustancias para relajarse, recuperarse del estrés y de los efectos negativos. Además, comentan que las personas con trastornos de ansiedad podrían tener síntomas más exacerbados, sobre todo de irritabilidad y nerviosismo, y que personas con estos problemas psicológicos podrían utilizar el consumo de sustancias como forma de auto-medikarse. Así mismo, señalan que el consumo de sustancias podría desarrollar los síntomas derivados del trauma una vez que se ha desarrollado una patología, y no sólo esto, sino que este hecho influye en el mantenimiento de la patología y la tardía recuperación de la experiencia traumática.

Tabla 3. Prevalencia de los trastornos depresivos

Referencia	Procedimiento	Estudios	Momento de evaluación tras el atentado	Prevalencia del TDM	Prevalencia a largo plazo
Víctimas directas					
García Vera y Sanz, 2010	Revisión narrativa	6 estudios (primer autor): Baca Baldomero, 2004 Baca Baldomero, 2004 Conejo-Galindo, 2008 Gabriel, 2007 North, 1999 North, 2005	Entre 1 mes y 24 años	33,9%	1-3 meses después: 28,6% 6-9 meses después: 22,7% 12 meses después: 28,6%
Salguero et al., 2011	Revisión narrativa	6 estudios (primer autor): Abenhaim, 1992 North, 1999 North, 2005 Iruarrizaga, 2004 Gabriel, 2007 Conejo-Galindo, 2008	Entre 1 mes y 3 años	20-30%*	1 mes después: 28,6% 6 meses después: 22,7% 12 meses después: 28,6%
Familiares y amigos de heridos y fallecidos					
García Vera y Sanz, 2010	Revisión narrativa	2 estudios (primer autor): Baca Baldomero, 2004 Miguel-Tobal, 2004	Entre 1 mes y 24 años	47,7%	1-3 meses después: 31,3% 6-9 meses después: 15,2%
Salguero et al., 2011	Revisión narrativa	6 estudios (primer autor): Abenhaim, 1992 North, 1999 North, 2005 Iruarrizaga, 2004 Gabriel, 2007 Conejo-Galindo, 2008	Entre 1 mes y 3 años	20-30%	s.d
Personal de servicios y emergencias					

Referencia	Procedimiento	Estudios	Momento de evaluación tras el atentado	Prevalencia del TDM	Prevalencia a largo plazo
García Vera, 2010	Revisión narrativa	4 estudios (primer autor): Gabriel, 2007 Miguel-Tobal, 2004 North, 2002 Stellman, 2008	Entre 1 y 5 años	8,6%	1-3 meses después: 2% 6-9 meses después: 0%
Salguero et al., 2011	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
Población general					
García Vera y Sanz, 2010	Revisión narrativa	6 estudios (primer autor): Gabriel, 2007 Galea, 2004 Galea, 2004 Miguel-Tobal, 2004 Nandi, 2005 Person, 2005	Entre 1 mes y 3 meses	9,1%	1-3 meses después: 8% 6-9 meses después: 2,5%
Salguero et al., 2011	Revisión narrativa	5 estudios (primer autor): Galea, 2002 Person, 2006 Nandi, 2005 Gabriel, 2007 Miguel-Tobal, 2006	Entre 1 y 6 meses	8,9%	s.d.

Nota. s.d. = sin datos. TDM = Trastorno depresivo mayor. * En la revisión de Salguero et al. (2011) no se establece diferenciación entre heridos y familiares de heridos y fallecidos, por lo que los datos son los mismos.

Tabla 4. Prevalencia de otros trastornos de ansiedad diferentes al TEPT

Referencia	Procedimiento	Estudios	Momento de evaluación tras el atentado	Prevalencia del trastorno de ansiedad	Prevalencia a largo plazo
Víctimas directas					
García Vera y Sanz, 2010	Revisión narrativa	4 estudios (primer autor): Conejo-Galindo, 2008 Gabriel, 2007 North, 1999 North, 2005	Entre 1 mes y 24 años	Agorafobia: 19,8% Angustia: 6,1% TAG: 6,9%	Agorafobia: 1-3 meses después: 10,7% 6-9 meses después: 11,4% 12 meses después: 11,9% Angustia 1-3 meses después: 5,4% 6-9 meses después: 9,4% 12 meses después: 4,8% TAG 1-3 meses después: 12,8% 6-9 meses después: 11,4% 12 meses después: 11,9%
Familiares y amigos de heridos y fallecidos					
García Vera y Sanz, 2010	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
Personal de servicios y emergencias					
García Vera y Sanz, 2010	Revisión narrativa	3 estudios (primer autor): Gabriel, 2007 North, 2002 Stellman, 2008	Entre 1 mes y 5 años	Agorafobia: 0,75 Angustia: 4,9% TAG: 0,9%	s.d.
Población general					
García Vera y Sanz, 2010	Revisión narrativa	1 estudio (primer autor): Gabriel, 2007	Entre 1 y 3 meses	Agorafobia: 10,5% Angustia: 2,1% TAG: 8,6%	s.d.

Nota. s.d. = sin datos. TAG = Trastorno de ansiedad generalizada.

En resumen, teniendo en cuenta que tras un atentado terrorista un porcentaje importante de la población desarrollará TEPT, TDM, trastornos de ansiedad diferentes del TEPT, consumo de sustancias o sus comórbidos, los cuales sobrepasan los porcentajes habituales en la población general, y sabiendo que aún con el paso del tiempo no se reducen lo suficiente como para llegar al porcentaje estimado para la población general, y puesto que los atentados no cesan, se hace necesario y prioritario el desarrollo de intervenciones eficaces y efectivas con aval empírico en la atención sanitaria para los afectados por actos terroristas, tanto si han sido supervivientes, como familiares y amigos de heridos y fallecidos, personal de emergencias o población general, ya que el terrorismo es, siempre ha sido y será un problema de Estado.

Capítulo 2. Eficacia y efectividad de los tratamientos empíricamente validados para el trauma

El objetivo de cualquier psicólogo que trabaje de forma directa con una persona que acude en busca de ayuda, no es otro que el de mejorar su salud psicológica y por ende su calidad de vida. Para ello, el psicólogo debe utilizar los tratamientos que hayan tenido mayor aval empírico sobre su eficacia y efectividad en la comunidad científica. Por lo tanto, si queremos saber cuál o cuáles son los mejores tratamientos que deben utilizarse en los problemas psicológicos que presenten las víctimas del terrorismo, tenemos que remitirnos a dicha literatura, y con ello no sólo nos referimos a los diferentes estudios y revisiones que hayan probado la eficacia y la efectividad de los tratamientos psicológicos en víctimas del terrorismo, sino también a las guías de buena práctica clínica generadas por organismos bien acreditados en salud mental como la *American Psychiatric Association* (APA, 2004, 2009), la *American Psychological Association* (2017), la *Australian Centre for Posttraumatic Mental Health* (ACPMH, 2013), la Cochrane (Roberts, Kitchiner, Kenardy, y Bisson, 2010; Stein, Ipser y Seedat, 2006), el *Department of Veterans Affairs* y el *Department of Defense* de los EEUU (VA/DoD, 2010), la *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2005) o el *National Institute of Mental Health* (NIMH, 2002).

Así pues, en los momentos inmediatamente posteriores a la situación traumática, las guías recomiendan la utilización de los *primeros auxilios psicológicos* (ACPMH, 2013; APA, 2004; NICE, 2005; NIMH, 2002; Roberts et al., 2010; VA/DoD, 2010), estos consisten en un conjunto de técnicas dirigidas a reducir el estrés y atender las necesidades básicas de la víctima del acontecimiento traumático, y aunque estas técnicas no están completamente basadas en la evidencia (APA, 2009), al no existir otro tipo de intervenciones plenamente avaladas científicamente y al no tener evidencia en contra de su uso, son las técnicas recomendadas a día de hoy, para estos primeros momentos inmediatamente posteriores al acontecimiento traumático.

Posteriormente a estos momentos, únicamente las víctimas que presenten síntomas graves o que hayan sido diagnosticadas con alguna patología como el Trastorno por Estrés Agudo (TEA) son las que deberán recibir intervención temprana, el resto, deberán permanecer en un estado de “monitorización” o “espera vigilante” en la que el profesional estará atento a las víctimas que manifiesten mayor malestar o puedan presentar riesgo de desajuste psicológico, asegurándose de que reciban el mejor tratamiento para los síntomas que manifiesten. La intervención temprana en aquellas víctimas que han presentado síntomas graves o diagnóstico psicopatológico, deberá ser específica y por el momento, la terapia que ha mostrado mayor aval empírico para asegurar la recuperación psicológica, ha sido la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) centrada en el trauma, por lo que es esta la terapia seleccionada por las guías como la primera línea de intervención específica en personas con sintomatología postraumática grave o diagnóstico de TEA (ACPMH, 2013; APA, 2004; NICE, 2005; NIMH, 2002; Roberts et al., 2010; VA/DoD, 2010). La TCC centrada en el trauma contiene estrategias cognitivo-conductuales para el abordaje de la situación traumática, generalmente la exposición en vivo y/o en imaginación, y reestructuración cognitiva.

Una vez transcurrido un mes del acontecimiento traumático y sin que la sintomatología haya disminuido durante ese periodo de tiempo, las guías de buena práctica clínica, recomiendan el uso de tratamientos para el TEPT. En este caso, la terapia psicológica elegida como primera alternativa de tratamiento en las diferentes guías, vuelve a ser la TCC centrada en el trauma y también el Eye Movement Desensitization y Reprocessing (EMDR), ambas técnicas han probado sobradamente su eficacia, habiendo un nutrido corpus de conocimiento científico para la TCC (Asukai, Saito, Tsuruta, Kishimoto, y Nishikawa, 2010; Bass et al., 2013; Bryant et al., 2011; Chard, Ricksecker, Healy, Karlin, y Resick, 2012; Dickstein, Walter, Schumm, y Chard,

2013; Fecteau y Nicki, 1999; Foa et al., 1999; Foa, Yuskow, et al., 2013; Foa, McLean, Capaldi, y Rosenfield, 2013; Forbes et al., 2012; Galovski, Blain, Mott, Elwood, y Houle, 2012; Hinton, Hofmann, Rivera, Otto, y Pollack, 2011; Johnson, Zlotnick, y Perez, 2011; Monson et al., 2012; Nacasch et al., 2011; Neuner et al., 2010; Shnaider et al., 2014; Sijbrandij, Olff, Reitsma, Carlier, de Vries, et al. 2007; Surís, Link-Malcolm, Chard, Ahn, y North, 2013; Taylor et al., 2003; Tarrier et al., 1999; Vera et al., 2011;) y otro amplio para el EMDR (Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund et Muraoka, 1998; Devilly y Spence, 1999; Devilly, Spence y Rapee, 1998; Högberg et al., 2007; Ironson, Freud, Strauss, y Williams, 2002; Lee, Gavriel, Drummond, Richards y Greenwald, 2002; Marcus, Marquis y Sakai, 1997; Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou y Thrasher, 1998; Rothbaum, 1997; Rothbaum, Astin, y Marsteller, 2005; Taylor et al., 2003; Vaughan et al., 1994;), el cual en muchas ocasiones ha sido recogido en meta-análisis (Bradley et al., 2005; de Imel, Laska, Jakupcak y Simpson, 2013; Watts et al., 2013; Ehring, Welboren, Morina, Wicherts, Freitag y Emmelkamp, 2014; Cusack et al., 2016 y de Kline, Cooper, Rytwinski y Feeny, 2018). Es más, ambas terapias vuelven a ser consideradas como tratamiento de primera elección en aquellos casos en los que la sintomatología se ha prolongado en el tiempo o en los que los tratamientos psicológicos o psiquiátricos han fracasado (ACPMH, 2013; NICE, 2005), incluso si el tratamiento psicológico focalizado en el trauma no funciona, la NICE (2005) recomienda el uso de otra terapia psicológica focalizada en el trauma.

En el caso de los tratamientos farmacológicos, las guías de buena práctica clínica señalan que este sólo debe aplicarse en víctimas que han sufrido el acontecimiento traumático de forma muy reciente, cuando presenten un patrón de hiperactivación extremo y si tienen problemas para dormir (ACPMH, 2013; APA, 2004; NICE, 2005; NIMH, 2002), aunque otras guías valoran que estos tratamientos sólo deben utilizarse

una vez que se han agotado todas las estrategias psicológicas posibles (ACPMH, 2013; VA/DoD, 2010). En aquellas víctimas en las que la sintomatología permanece un mes después del acontecimiento traumático o se mantiene de forma prolongada en el tiempo, las guías sitúan la terapia farmacológica como primera línea de intervención (APA, 2004; NIMH, 2002; VA/DoD, 2010), segunda (NICE, 2005) o incluso en líneas inferiores de intervención (Roberts et al., 2010 y ACPMH, 2013). De hecho, la NICE (2005) sólo recomienda el uso de la terapia farmacológica cuando las terapias psicológicas centradas en el trauma no hayan funcionado, cuando no sea viable la realización del tratamiento bien porque el paciente lo rechace o bien porque exista un riesgo real para el paciente, o cuando existan una serie de factores que interfieran en el correcto desarrollo de la terapia psicológica, incluso la ACPMH (2013) recomienda el uso de otras terapias psicológicas no focalizadas en el trauma antes que la terapia farmacológica. Los tratamientos farmacológicos utilizados para el tratamiento del TEPT, ni siquiera son fármacos específicos puesto que no existen, por lo que se usa medicación elaborada para otras patologías, según la revisión realizada por Stein et al., 2006, el psicofármaco más usado es un antidepresivo, más específicamente los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina o ISRS.

En el caso específico de las víctimas del terrorismo, tan sólo la ACPMH (2013) hace recomendaciones para este colectivo, siendo la idea base que pone de manifiesto, que no existe evidencia científica que muestre que las víctimas del terrorismo necesiten otro tratamiento diferente al de las víctimas en general, no obstante, se debe tener en cuenta las peculiaridades de este colectivo y deben ser atendidas, siendo en los momentos inmediatamente posteriores al atentado, el proporcionar información y apoyo comunitario y en el caso de trastorno psicopatológico, el tratamiento psicológico mediante terapia cognitivo conductual centrada en el trauma. Aunque siempre deben

tenerse en cuenta las recomendaciones de estas guías de buena práctica clínica, ya que son elaboradas por expertos y se basan en la información recogida de estudios y revisiones empíricas, debe tomarse con cautela la recomendación de la ACPMH (2013) en cuanto al colectivo de víctimas del terrorismo, ya que aún son pocos los estudios que se han realizado sobre víctimas de atentados terroristas y por tanto, la evidencia empírica positiva sobre los mismos aún no puede considerarse como sólida.

2.1 Eficacia y efectividad de los tratamientos a corto plazo en víctimas del terrorismo

Al ser pocos los estudios que prueban la eficacia o la utilidad clínica de los tratamientos psicológicos en víctimas de atentados terroristas, para poder llegar a una correcta comprensión de ellos, se hace necesario determinar en primer lugar las características de cada uno. Los *estudios de eficacia* priman la validez interna para poder inferir la existencia de una relación causal entre las terapias y los resultados positivos alcanzados al finalizarlas. Para ello, comparan la terapia de elección a una condición lista de espera o de tratamiento habitual. Además, la terapia se encuentra protocolizada siendo ésta de duración corta y con un número fijo de sesiones, es más, se aplica dentro de unas condiciones óptimas y lo más controladas posibles para que de este modo se pueda determinar que los efectos positivos alcanzados se deben exclusivamente al tratamiento aplicado. Este tipo de estudios se suelen realizar en universidades u hospitales universitarios por terapeutas enmarcados dentro del ámbito investigador y educativo (investigadores, profesores, doctorandos y/o becarios) que han sido preparados para la aplicación de la terapia que va a ser objeto de estudio. Por otro lado, los *estudios de efectividad o utilidad clínica* priman la validez externa, llevando a cabo tratamientos que previamente han demostrado su eficacia. Para ello, analizan los

efectos positivos de la terapia de elección en condiciones similares a la práctica clínica habitual, como puede ser el mayor o menor grado de formación y experiencia clínica de los profesionales que aplican la terapia, la mayor heterogeneidad de la muestra y de los problemas que ésta presente y la aplicación flexible tanto de la terapia a elegir como de la duración y ajuste de la misma a las necesidades del paciente. Este tipo de estudios suelen llevarse a cabo en clínicas, hospitales y centros clínicos donde los profesionales tratan muchos casos y no exclusivamente los incluidos en el estudio de utilidad clínica.

Al hacer una revisión de los estudios presumiblemente eficaces o de utilidad clínica, podemos comprobar que estos no se encuentran polarizados entre eficacia o efectividad, sino que se sitúan en una línea continua entre ambos polos. Es por ello que Stewart y Chambles (2009) han propuesto ciertos criterios para valorar de forma numérica el grado de representatividad de un estudio, permitiendo de este modo cuantificar en qué medida un estudio determinado es efectivo o útil en una escala de 0 (poco representativo de las condiciones de la práctica clínica habitual) a 9 (muy representativo de las condiciones de la práctica clínica habitual) (véase [tabla 5](#)).

Tabla 5. Criterios de representatividad clínica (Stewart y Chambless, 2009, p. 606; adaptado de García-Vera y Sanz, en prensa)

Criterios	Definición y codificación
Contexto clínicamente representativo	1: Contexto donde los servicios clínicos se proporcionan habitualmente en contextos no universitarios (e. g., clínicas ambulatorias de salud mental, hospitales generales, práctica privada, prisiones) en los cuales el propósito primario es la atención clínica.
	½: Contexto de pacientes afiliado a un programa de investigación de la universidad, pero el propósito primario del contexto es la atención clínica
	0: Contexto universitario de investigación
Remitentes clínicamente representativos	1: Los clientes remitidos inicialmente a través de las vías clínicas habituales (p. ej., remitidos por médicos)
	½: Los clientes son remitidos a través de las vías clínicas habituales (p. ej., remitidos por médicos) y del reclutamiento a través de anuncios

Criterios	Definición y codificación
	0: Los clientes son remitidos por reclutamiento a través de anuncios
Terapeutas clínicamente representativos	<p>1: Clínicos practicantes y experimentados con una carga regular de casos para los cuales la provisión de servicios es una parte sustancial de su trabajo. Se incluyen los terapeutas primarios en un contexto clínico (internos).</p> <p>0: Terapeutas de investigación.</p>
Estructura clínicamente representativa	<p>1: Tratamiento que o bien tiene una estructura utilizada en la práctica clínica o bien no está estructurado de una forma detallada y uniforme de acuerdo a un manual (p. ej., terapia cognitivo-conductual general)</p> <p>½: Tratamiento “basado en” o “inspirado por” un manual clínico, el cual puede utilizarse flexiblemente (p. ej., incluye procedimientos terapéuticos no incluidos en el manual, un número flexible de sesiones)</p> <p>0: Manualización estricta, o tratamiento dirigido por un manual (p. ej., con un número establecido de sesiones)</p>
Monitorización clínicamente representativa	<p>1: La implementación del tratamiento no fue monitorizada de ninguna manera que pudiera influir en el comportamiento del terapeuta (p. ej., sin supervisión y sin controles formales de adherencia).</p> <p>½: La única monitorización fue la realización de supervisiones o el uso de resúmenes que contienen información sobre los aspectos cubiertos en la sesión (sin que se utilicen controles formales de adherencia).</p> <p>0: Supervisión y controles de adherencia.</p>
Sin entrenamiento pretratamiento	<p>1: Los terapeutas no recibieron un entrenamiento especial inmediatamente antes del estudio en las técnicas específicas a utilizar. Los terapeutas pueden haber recibido entrenamiento en ese tratamiento en algún momento de su carrera, pero no para los propósitos del estudio en el cual participan.</p> <p>½: Solo los terapeutas novatos son entrenados, y éstos representan menos del 25% de los terapeutas.</p> <p>0: Entrenamiento pretratamiento; también se puntúa 0 cuando el porcentaje de los terapeutas novatos no se especifica.</p>
Sin aleatorización	<p>1: Los pacientes no eran parte de un ensayo aleatorizado, no cumplieron los criterios para un ensayo particular, o rehusaron la aleatorización</p> <p>0: Los pacientes fueron aleatorizados a los tratamientos.</p>
Pacientes clínicamente representativos	<p>1: Sin criterios de exclusión aparte de psicosis, riesgo de suicidio, trastorno cerebral orgánico o dependencia de sustancias si los pacientes cumplen los criterios para el trastorno bajo estudio.</p> <p>0: Criterios de exclusión distintos a los mencionados antes, incluyendo comorbilidad o medicación.</p>

Criterios	Definición y codificación
Se permite la medicación	<p>1: Se permite la medicación. Si no hay mención específico en los criterios de exclusión, se asume que la medicación es permitida.</p> <p>0: Los pacientes que toman medicación son forzados a dejar la medicación o son excluidos del estudio.</p>

Una vez determinadas las características de los estudios de eficacia y utilidad clínica, así como los criterios de representatividad clínica, podemos valorar con mayor especificidad los estudios que a día de hoy se encuentran en la literatura científica sobre los tratamientos para víctimas del terrorismo.

En el presente trabajo se realizó una actualización de la revisión sistemática sobre los estudios de eficacia y efectividad de los tratamientos para reducir las consecuencias psicopatológicas derivadas de los actos terroristas realizada por García-Vera et al. (2015). Al igual que los autores de dicho estudio, se realizó una búsqueda en las bases de datos bibliográficos PsycINFO, PILOTS (Published International Literature On Traumatic Stress) y MEDLINE con la siguiente combinación de palabras en el campo de búsqueda “abstract” (resumen) de dichas bases de datos: (“efficacy” o “effectiveness” o “effective” o “efficacious”) y (“terrorist” o “terrorism”) y (“therapy” o “treatment” o “medication”). La búsqueda se realizó a partir del momento en el que terminó para el estudio de García-Vera et al. (2015), es decir, julio de 2014 hasta marzo de 2017. Esta búsqueda dio lugar a 14 trabajos diferentes, entre los cuales, tras revisar su contenido y excluir los estudios no empíricos, los que no incluían personas que hubieran experimentado directa o indirectamente un atentado terrorista, los que se basaban en muestras de victimarios (aunque éstos hubiesen sido también víctimas de atentados) y los que solo incluían víctimas infantiles o adolescentes no quedó ningún estudio nuevo que añadir.

La revisión sistemática realizada por García-Vera et al., (2015) muestra que son solo cinco los estudios empíricos que han probado la eficacia de los tratamientos psicológicos en víctimas adultas de atentados terroristas con TEPT, con o sin comorbilidad, cuatro sobre la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (Difede, Cukor et al., 2007; Difede, Malta et al., 2007; Duffy, Gillespie y Clark, 2007; Bryant et al., 2011) y uno sobre la terapia de exposición prolongada (Schneier et al., 2012). A estos estudios se le suma el reciente sobre terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma de Gesteira Santos (2015).

Además de los estudios de eficacia, la revisión de García-Vera et al. (2015) indica que son solo tres los estudios que han mostrado la utilidad clínica de las terapias psicológicas para adultos víctimas de atentados terroristas con TEPT, y todos ellos se han centrado en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (Gillespie et al., 2002; García Vera y Romero Colino, 2004; Brewin et al., 2008). A estos tres estudios habría que añadir el reciente estudio de Moreno Pérez (2015), también sobre la efectividad o utilidad clínica de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma. Las características de estos estudios pueden observarse en las tablas [6](#) y [7](#).

Tanto los estudios de eficacia como los de efectividad o utilidad clínica, además de ser pocos, se han realizado con víctimas de atentados terroristas relativamente recientes, habiéndose aplicado la terapia como máximo hacía menos de diez años tras haber sufrido el atentado terrorista para cuatro de los estudios de eficacia y hasta un máximo de 15 meses en los de efectividad (Brewin et al., 2008; dos años como máximo en la ampliación del estudio en Brewin et al., 2010). Solo en dos estudios de eficacia (Duffy et al., 2007; Gesteira Santos, 2015) y en uno de efectividad (Moreno Pérez, 2015) se examinó la eficacia o la utilidad clínica de la terapia cognitivo conductual-centrada en el trauma en víctimas que habían sufrido el atentado no sólo meses o años

después de este, sino también muchos años después, hasta 20 o 30 años después del acto terrorista. Puesto que se ha comprobado, tal y como se comentó anteriormente, que la sintomatología se mantiene a largo plazo, resulta necesario realizar más estudios que muestren su eficacia o utilidad clínica no sólo en víctimas del terrorismo que sufrieron el atentado hace pocos años, sino también en las que lo sufrieron hace muchos años.

Tabla 6. Características de los estudios sobre la eficacia de los tratamientos en víctimas del terrorismo

Referencia	Incidente terrorista y lugar	Tiempo tras atentado	Caracterización de la muestra	Trastornos psicológicos	Formación de los terapeutas y centro	Tipo de tratamiento
<i>Estudios con diseño intergrupar y asignación aleatoria de los pacientes a los grupos de tratamiento (GT) y de control (GC)</i>						
Duffy et al., (2007)	Ataques terroristas y civiles relacionados en Irlanda del Norte	GT: 8 años (mediana) GC: 5,4 años (mediana)	58 víctimas, de las cuales: - 32 testigos directos - 15 testigos indirectos - 11 heridos Edad media: GT: 44,1 años GC: 43,7 años	TEPT: 100% Comorbilidad con: - TDM: 63,8% - Angustia: 20,7% - Sustancias: 13,8% - Fobia social: 3,4% - Bulimia: 1,7% - Otros trastornos de ansiedad: 3,4%	Centro específico de trauma. 5 terapeutas (1 psiquiatra, 1 trabajador social y tres enfermeras) Tres terapeutas formados en la terapia cognitiva de Beck y los otros dos en terapia cognitivo conductual. 3 terapeutas con experiencia de 4-5 años en el modelo de Ehlers y Clark	TCC basada en el modelo de Ehlers y Clark (Ehlers y Clark, 2000; Gillespie et al., 2002): - GT (29 pacientes) TCC (12 sesiones individuales y semanales sin duración concreta. Sesiones adicionales si se considera oportuno) - GC (29 pacientes) Lista de espera (12 semanas y 28 pacientes TCC)

Referencia	Incidente terrorista y lugar	Tiempo tras atentado	Caracterización de la muestra	Trastornos psicológicos	Formación de los terapeutas y centro	Tipo de tratamiento
Difede, Malta et al., (2007)	Aviones estrellados en el <i>World Trade Center</i> el 11 de septiembre de 2011 en Nueva York	21,19 meses (media)	31 trabajadores de rescate y emergencias: - 39,8% testigos directos - 25% desplazados el día del ataque - 93% desplazados primera semana Edad media: 45,77 años	TEPT: 67,7% Criterios por debajo del umbral del TEPT: 32,3% Comorbilidad con: Sin datos	Centro de investigación para la evaluación y clínico para el tratamiento. Número indeterminado de psicólogos y trabajadores sociales con 3 años de experiencia clínica. Entrenamiento específico y supervisión semanal. Aplicación fiel del protocolo	Protocolo TCC (Bryant et al., 1998; Bryant et al., 1999) adaptado a trabajadores de emergencias y rescate - GT (15 pacientes) TCC (12 sesiones individuales y semanales de 75 minutos) - GC (16 pacientes) Tratamiento habitual (feedback y consejo con posibilidad de derivación)
Bryant et al., (2011)	Atentados ocurridos en el sur de Tailandia Amenaza de atentados durante la evaluación y el tratamiento, tuvieron que finalizar es estudio de forma anticipada	14,1 (meses)	28 víctimas directas Edad media: GT: 42,3 años GC: 43,9 años	TEPT: 100% Comorbilidad con: - Duelo complicado: 85,7%	Centro comunitario Psicólogos o enfermeras psiquiátricas capacitados para utilizar el manual mediante tres seminarios de formación. Los terapeutas ensayaban las destrezas clínicas con pacientes y se les supervisaba durante toda la formación. No recibieron supervisión durante el estudio.	Protocolo TCC (Bryant et al., 2003) adaptado a amenaza terrorista real - GT (16 pacientes) TCC (8 sesiones individuales y semanales de 60 minutos) - GC (12 pacientes) Tratamiento habitual (8 sesiones individuales y semanales de consejo)

Referencia	Incidente terrorista y lugar	Tiempo tras atentado	Caracterización de la muestra	Trastornos psicológicos	Formación de los terapeutas y centro	Tipo de tratamiento
Schneier et al., (2012)	Aviones estrellados en el <i>World Trade Center</i> el 11 de septiembre de 2011 en Nueva York	Entre 3 y 7 años (39-89 meses)	<p>37 víctimas directas o indirectas, de las cuales</p> <ul style="list-style-type: none"> - 31 eran evacuados - 12 familiares o amigos de fallecidos <p>En algunos casos las víctimas pertenecen a varias categorías</p> <p>Edad media: GT: 49,1 años GC: 51,5 años</p>	<p>TEPT: 100%</p> <p>Comorbilidad con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del estado de ánimo: 65,8% - Otros trastornos del Eje I: 70,27% - Otros trastornos del Eje II: 16,2% 	<p>Clínica universitaria</p> <p>Psiquiatras experimentados en farmacología para el TEPT aplicaban la paroxetina y el placebo. La exposición prolongada era aplicada por psiquiatras y psicólogos doctorados</p> <p>Entrenamientos en TCC</p> <p>Supervisión de los casos</p>	<p>Protocolo de exposición prolongada (Foa y Rothbaum, 1998) y Paroxetina (12,5 mg/día durante una semana, 25 mg/día durante 3 semanas y se incrementa hasta un máximo de 50 mg/día) o placebo. Además, de apoyo y monitorización</p> <ul style="list-style-type: none"> - GT (19 pacientes) Paroxetina (visitas de 30 min semanales durante 6 semanas, cada dos semanas durante 4 meses y después de 4 meses + Exposición prolongada (10 sesiones individuales y semanales de 90 min) - GC (18 pacientes) Placebo + Exposición prolongada (10 sesiones individuales y semanales de 90 min) <p>Se añaden 12 sesiones adicionales de paroxetina (GT) o placebo (GC) si se consideraba oportuno</p>

Referencia	Incidente terrorista y lugar	Tiempo tras atentado	Caracterización de la muestra	Trastornos psicológicos	Formación de los terapeutas y centro	Tipo de tratamiento
Gesteira Santos (2015)	Ataques terroristas en España, masivos e individualizados	18,43 años (media)	<p>120 víctimas, de las cuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 46,7% víctimas directas - 41,7% familiares de fallecidos - 13,3% heridos <p>En algunos casos las víctimas pertenecen a varias categorías</p> <p>Edad media: GT: 50,70 años GC: 50,23 años</p>	<p>TEPT: 49,2% Depresivos: 45,8% TDM: 40,8% Distimia: 7,8% Ansiedad: 75,8% Angustia: 18,3% TOC: 10,8% TAG: 12,5% Agorafobia: 10,8% Fobia social: 6,7% Fobia específica: 21,7% Trast. Adaptativo: 3,3%</p> <p>TEPT Comorbilidad con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TDM: 14,2% - Ansiedad: 9,2% - TDM+Ansiedad: 19,2% <p>Comorbilidad TDM+Ansiedad: 9,2%</p>	<p>Centro específico de atención psicológica y centro específico de atención a víctimas del terrorismo</p> <p>13 psicólogos con formación en postgrado y formación intensiva en la aplicación del manual con supervisiones semanales de los casos</p>	<p>TCC basada en el modelo de exposición prolongada para el TEPT de Foa y Rothbaum (1998; Foa, Hembree, y Rothbaum, 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> - GT (60 pacientes) TCC (16 sesiones individuales y semanales de entre 60 a 90 min. Sesiones adicionales si se considera oportuno) - GC (60 pacientes) Lista de espera (16 semanas y 50 pacientes TCC)

Referencia	Incidente terrorista y lugar	Tiempo tras atentado	Caracterización de la muestra	Trastornos psicológicos	Formación de los terapeutas y centro	Tipo de tratamiento
<i>Estudios con diseño intergrupo y asignación no completamente aleatoria de los pacientes a los grupos de tratamiento (GT) y de control (GC)</i>						
Difede, Cukor et al., (2007)	Aviones estrellados en el <i>World Trade Center</i> el 11 de septiembre de 2011 en Nueva York	Entre 5 y 47 meses	21 víctimas, de las cuales en el GT (13): <ul style="list-style-type: none"> - 5 bomberos - 4 personal de emergencias - 4 civiles Edad media: GT: 40,92 años GC: 45,13 años	TEPT: 100%	Centro de investigación para la evaluación y clínico para el tratamiento. Psicólogos entrenados en protocolos de tratamiento para el TEPT. Supervisiones del psicólogo más veterano con 15 años de experiencia en tratamientos para el TEPT en todo tipo de traumas Aplicación fiel del protocolo.	Protocolo de terapia de exposición con Realidad Virtual <i>ad hoc</i> <ul style="list-style-type: none"> - GT (13 pacientes) Exposición Realidad Virtual (hasta 14 sesiones individuales y semanales de 75 minutos) - GC (8 pacientes) Lista de espera (no se especifica)

Nota. TAG = trastorno de ansiedad generalizada. TDM = trastorno depresivo mayor. TCC = tratamiento cognitivo conductual. TEPT = trastorno por estrés postraumático. TOC = trastorno obsesivo compulsivo.

Tabla 7. Características de los estudios sobre la efectividad de los tratamientos en víctimas del terrorismo

Referencia	Incidente terrorista y lugar	Tiempo tras atentado	Caracterización de la muestra	Trastornos psicológicos	Formación de los terapeutas y centro	Tipo de tratamiento
Gillespie et al., (2002)	Bomba en <i>Omagh</i> el 15 de agosto de 1998 en Irlanda del Norte	10 meses de media (entre 1-34 meses)	<p>91 víctimas, de las cuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 heridos - 38 testigos directos - 11 personal de emergencias - 12 otras víctimas <p>Edad media: no se especifica</p>	<p>TEPT: 100%</p> <p>Comorbilidad con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TDM: 47,3% - Abuso o dependencia de alcohol: 5,5% - Trastorno de angustia y/o agorafobia: 4,4% 	<p>Centro comunitario</p> <p>Psiquiatras y enfermeras psiquiátricas para la evaluación</p> <p>5 terapeutas cognitivos para los tratamientos entrenados por David M Clark y su grupo de Trastornos de ansiedad. Supervisiones de los casos mediante videoconferencia por David M Clark y/o Ann Hackmann.</p>	<p>TCC basada en el modelo de Ehlers y Clark (Ehlers y Clark, 2000)</p> <p>91 pacientes. Sesiones individuales y variables en función de la necesidad del paciente, con una media de 8 sesiones (rango 2-73)</p>

Referencia	Incidente terrorista y lugar	Tiempo tras atentado	Caracterización de la muestra	Trastornos psicológicos	Formación de los terapeutas y centro	Tipo de tratamiento
García Vera y Romero Colino (2004)	Bombas en trenes el 11 de marzo de 2004 en Madrid	Inmediatamente después de los atentados (entre 4 días y 8 meses después)	<p>40 víctimas, de las cuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7,5% heridos - 55% familiares de fallecidos - 17,5% voluntarios de rescate - 12,5% testigos directos - 7,5% testigos indirectos <p>Edad media: 39 adultos entre 20 y 54 años y un menor de 11</p>	<p>TEPT: 22,5%</p> <p>Trastorno por estrés agudo: 22,5%</p> <p>Trastorno adaptativo con ansiedad: 25%</p> <p>Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo: 10%</p> <p>TDM: 2,5%</p> <p>Duelo: 15%</p>	<p>Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid</p> <p>Psicólogos de la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid sin formación específica en protocolos de tratamiento para el TEPT</p> <p>Supervisiones</p>	<p>TCC</p> <p>40 pacientes. Sesiones individuales y variables en función de la necesidad del paciente, con una media de 5 sesiones (rango 2-16)</p>
Brewin et al., (2008)	Atentado con bomba el 7 de julio de 2005 en Londres	Entre 2 meses a 22 meses después	<p>75 víctimas</p> <p>Edad media: 35,2 años</p>	TEPT: 100%	<p>Centro de salud de Londres y centro de respuesta al trauma</p> <p>Grupo de evaluación de profesionales de la salud del sistema nacional de salud de Londres. El tratamiento se realizaba desde el programa de respuesta al trauma</p>	<p>TCC y/o EMDR</p> <p>(75 pacientes). Un 80% recibieron TCC, un 10% EMDR y un 10% TCC+EMDR. Sesiones individuales y variables en función de la necesidad del paciente, con una media de 9 sesiones (rango 1-29)</p>

Referencia	Incidente terrorista y lugar	Tiempo tras atentado	Caracterización de la muestra	Trastornos psicológicos	Formación de los terapeutas y centro	Tipo de tratamiento
Moreno Pérez (2015)	Ataques terroristas en España, masivos e individualizados	23,8 años	<p>31 víctimas, de las cuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 64,5% víctimas directas - 19,4% familiares de fallecidos - 38,7% heridos <p>En algunos casos las víctimas pertenecen a varias categorías</p> <p>Edad media: GT: 49,3 años</p>	<p>TEPT: 80,6% Depresivos: 48,4% Ansiedad: 38,7% Angustia: 35,5%</p> <p>TEPT Comorbilidad con: 74,2%</p>	<p>Centro específico de atención psicológica y centro específico de atención a víctimas del terrorismo</p> <p>9 psicólogos con formación en postgrado y formación intensiva en la aplicación del manual con supervisiones semanales de los casos. 20 de los pacientes del programa fueron atendidos antes de recibir la formación en el protocolo de tratamiento de TCC centrada en el trauma</p>	<p>TCC basada en el modelo de exposición prolongada para el TEPT de Foa y Rothbaum (1998; Foa, Hembree, y Rothbaum, 2007)</p> <p>(31 pacientes) TCC (16 sesiones individuales y semanales de entre 60 a 90 min. Sesiones adicionales si se considera oportuno)</p>

Nota. EMDR = desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). TAG = trastorno de ansiedad generalizada. TCC = tratamiento cognitivo conductual. TDM = trastorno depresivo mayor. TEPT = trastorno por estrés postraumático.

Aunque la mayoría de los atentados en el mundo han sido cometidos mediante explosiones o bombas (54%; START, 2015), no se puede olvidar que una explosión o bomba puede explosionarse para atacar contra cualquier persona de manera indiscriminada y, habitualmente, quitando así la vida a muchas personas, pero que también puede explosionarse para atacar contra una persona en particular o contra un colectivo en concreto, por lo que habitualmente habrá pocas víctimas mortales. Puesto que los efectos psicológicos negativos de los atentados indiscriminados y masivos podrían ser distintos de los que provocan los atentados más personalizados, parece necesario no solo realizar estudios como los actuales que principalmente se centran en los atentados masivos e indiscriminados, sino también realizarlos con víctimas de atentados más personalizados, puesto que tal y como se ha comentado anteriormente, el número de atentados terroristas ha aumentado enormemente en 2014 y varios de ellos son personalizados. Tan sólo dos de los estudios de eficacia (Duffy et al., 2007; Gesteira Santos, 2015) y uno de utilidad clínica (Moreno Pérez, 2015), recogen datos de víctimas que sufrieron tanto atentados indiscriminados y masivos como personalizados.

Hay que tener en cuenta además, que aunque la mayoría de los atentados terroristas han ocurrido en países no desarrollados (START, 2015, 2016) sólo uno de los estudios de eficacia (Bryant et al., 2011) se ha realizado en un país no desarrollado, más específicamente en Tailandia, en un contexto en el que aún continuaban sucediéndose atentados, motivo por el cual hubo que finalizar prematuramente el estudio, ya que los terapeutas que llevaban a cabo la investigación corrían riesgo real de sufrir un atentado terrorista. El resto de los estudios se realizaron en países desarrollados, tres se efectuaron en EEUU, todos ellos eran estudios de eficacia (Difede, Cukor, et al., 2007; Difede, Malta et al., 2007; Schneier et al., 2012); dos en el Norte de Irlanda, uno de eficacia (Duffy et al., 2007) y uno de utilidad clínica (Gillespie et al., 2002), uno de

utilidad clínica en Londres (Brewin et al., 2010) y otros tres en España, uno de ellos de eficacia (Gesteira Santos, 2015) y dos de utilidad clínica (García Vera y Romero Colino, 2004; Moreno Pérez, 2015).

En cuanto a la caracterización de la muestra cabe destacar que en la mayoría de los estudios está compuesta no sólo por víctimas directas (Brewin et al., 2008; Bryant et al., 2011; Schneier et al., 2012); sino también por víctimas indirectas (Duffy et al., 2007; Gesteira Santos, 2015 y Moreno Pérez, 2015) y por personal de rescate o emergencias intervinientes en los atentados en el World Trade Center en Nueva York (Difede, Malta et al., 2007; Difede, Cukor et al., 2007), en el atentado de Omagh en Irlanda del Norte (Gillespie et al., 2002) y en el atentado del 11-M en Madrid (García-Vera y Romero Colino, 2004).

Antes de comenzar a analizar el tratamiento psicológico aplicado en cada estudio, es importante reseñar que exceptuando los trabajos de Gesteira Santos (2015) y Moreno Pérez (2015), que estudiaron los resultados de la terapia en víctimas que padecían TEPT, TDM u otros trastornos de ansiedad y sus comórbidos, el resto de estudios se centraron en analizar principalmente el tratamiento del TETP. Sin embargo, cabe destacar que aunque el TEPT era el principal objetivo para el desarrollo de la terapia y la categoría diagnóstica primaria que debían presentar los participantes del estudio, en todos los trabajos, exceptuando el de Difede, Malta, et al., (2007) y el de Brewin et al. (2008), se recogen datos de comorbilidades, en su mayoría con trastornos depresivos y del estado de ánimo (Duffy et al., 2007; Gillespie et al., 2002; Schneier et al., 2012), aunque también con otros trastornos como el duelo complicado (Bryant et al., 2011), el trastorno por estrés agudo y trastornos adaptativos (García-Vera y Romero Colino, 2004), otros trastornos de ansiedad (Duffy et al., 2007; Gillespie et al., 2002;

Schneier et al., 2012) y otras comorbilidades con trastornos del eje II (Schneier et al., 2012).

Debido a que la mayoría de tratamientos se centraron en el diagnóstico de TEPT, y aunque no dejaban de tener en cuenta que éste presentaba comorbilidad con otros trastornos, principalmente trastornos del estado de ánimo, utilizaron terapias empíricamente validadas para otras poblaciones en el tratamiento del TEPT y que también se centraban en los aspectos cognitivos del estrés postraumático para contrarrestar de esta forma la sintomatología depresiva derivada de este. Así pues, todos los estudios se centraron en analizar la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, exceptuando el estudio de eficacia de Schneier et al., (2012) que analizó la combinación de la terapia de exposición con un psicofármaco, en este caso un fármaco inhibidor de la recaptación de serotonina.

Dentro de los estudios de eficacia que utilizaron la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, el trabajo de Difede, Cukor et al., (2007), se muestra como un trabajo no experimental, ya que no realizó una aleatorización de los pacientes a los grupos, en el que se aplicó la realidad virtual con el objetivo de mejorar la implicación emocional de los pacientes a los que resultaba difícil involucrarse en la tarea de exposición tradicional. El protocolo de tratamiento aplicado tenía un máximo de 14 sesiones individuales y semanales de 75 minutos de duración, y en el que se incluían elementos para la desactivación, la relajación muscular progresiva, o para la mejora del estado de ánimo, con la planificación de actividades agradables (véase [tabla 6](#)). El estudio de Difede, Malta et al., (2007) comparó la terapia cognitivo conductual aplicada durante doce sesiones individuales y semanales, en la que se incluía entrenamiento en respiración, reprocesamiento cognitivo, exposición en imaginación y exposición gradual en vivo, con un grupo de control al que se realizaba una intervención común compuesta

por información sobre los resultados de la evaluación psicológica pretratamiento, consejo para la búsqueda de tratamiento para el TEPT y derivación a profesionales que aplicaban dicho tratamiento dentro de los recursos de la comunidad (véase [tabla 6](#)). En el estudio de Duffy et al. (2007), los participantes fueron asignados de forma aleatoria a un grupo de terapia basada en el modelo cognitivo de trauma persistente de Ehlers y Clark, (2000) y a un grupo de lista de espera que al finalizar la evaluación postratamiento, recibió la misma terapia. La terapia de Ehlers y Clark, (2000) utiliza diferentes estrategias cognitivas para modificar las valoraciones negativas y las actitudes disfuncionales de los pacientes, especialmente experimentos conductuales. Además, Duffy et al. (2007) añadió de manera intensiva la exposición en imaginación y cuando lo creyó necesario la exposición en vivo. La terapia tuvo una duración de 12 sesiones individuales y semanales, iniciadas para el grupo de tratamiento tras la evaluación y 12 semanas después de la evaluación para el grupo control (véase [tabla 6](#)). El estudio de Bryant et al. (2011) se basó en una versión más moderna de su propio manual (Bryant, Moulds, et al., 2003) modificado en el que se incluían técnicas de relajación, exposición en imaginación y en vivo, y estrategias de reestructuración cognitiva para el grupo de tratamiento y tratamiento habitual para el grupo control. La duración del tratamiento en ambos grupos fue de 8 sesiones individuales y semanales de 60 minutos (véase [tabla 8](#)). En el trabajo de Gesteira Santos, (2015), los participantes fueron asignados de forma aleatoria a un grupo de terapia basado en el modelo de exposición prolongada para el TEPT de Foa y Rothbaum (1998; Foa, Hembree, y Rothbaum, 2007) y a un grupo de lista de espera que al finalizar la evaluación postratamiento, recibió la misma terapia. La terapia de Foa y Rothbaum, (1998) utiliza como componente fundamental, la exposición progresiva en imaginación a los recuerdos traumáticos y la exposición en vivo a estímulos ansiógenos relacionados con

el atentado. Además, Gesteira Santos (2015) amplió y profundizó la psicoeducación sobre reacciones postraumáticas, describiendo además de las relacionadas con la ansiedad, las relacionadas con el duelo o la pérdida, de modo que se daba mayor énfasis a la sintomatología depresiva. Así mismo, se incluyeron técnicas para el manejo de las comorbilidades del TEPT y el TDM, siendo la relajación muscular progresiva la técnica seleccionada para el control de la ansiedad, y la planificación de actividades agradables para el manejo de la sintomatología depresiva. Gesteira Santos (2015) profundizó en el manejo emocional, desarrollando dos sesiones específicas de regulación emocional, e introdujo técnicas narrativas en las dos últimas sesiones de tratamiento, a todo ello hay que añadir que incluyó como novedad que todas las sesiones de terapia eran grabadas por paciente y terapeuta, y el paciente debía escucharlas en su casa, realizando de esta manera sus primeras exposiciones a la situación traumática. La terapia tuvo una duración de 16 sesiones individuales y semanales de entre 60-90 minutos de duración, iniciadas para el grupo de tratamiento tras la evaluación y 16 semanas después de la evaluación para el grupo control (véase [tabla 6](#)).

Como hemos comentado anteriormente el estudio de Schneier et al. (2012), analizó la eficacia de la terapia cognitivo conductual en combinación con un antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina (paroxetina), para lo cual dividió a los participantes en dos grupos, ambos grupos realizaban el mismo tratamiento psicológico, mientras que el grupo de tratamiento lo combinaba con paroxetina y el grupo control con un placebo. La parte psicológica del tratamiento consistía en la exposición guiada a recuerdos y situaciones traumáticas siguiendo los procedimientos de Foa y Rothbaum (1998), durante 10 sesiones individuales y semanales de 90 minutos de duración, además de visitas individuales de 30 minutos con el psiquiatra que se iban espaciando en el tiempo. Así mismo, los terapeutas podían añadir hasta 12 sesiones más

de mantenimiento en las que se seguía administrando paroxetina o placebo pero sin exposición prolongada (véase [tabla 6](#)).

Tal y como se ha comentado anteriormente, todos los estudios de efectividad o utilidad clínica utilizaron la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma como tratamiento de elección. En el estudio de Gillespie et al. (2002), se aplicó el modelo de terapia de Ehlers y Clark (2000) que ya había mostrado su eficacia en el estudio de Duffy et al. (2007), anteriormente mencionado. La terapia tuvo una duración de una media de 8 sesiones individuales y semanales, entre un rango de 2 a 73 sesiones (véase [tabla 7](#)). En el estudio de García Vera y Romero Colino (2004), no se analizaron resultados de terapias cognitivo-conductuales específicas, no obstante, su programa de tratamiento recogía los componentes básicos de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma. A todos los participantes de este estudio se les aplicó un programa que incluía entrenamiento en respiración diafragmática, técnicas de distracción y parada de pensamiento, entrenamiento en autoafirmaciones, reestructuración cognitiva y exposición en imaginación y en vivo a los recuerdos y estímulos asociados al atentado. La terapia tuvo una duración de una media de 5 sesiones individuales y semanales, entre un rango de 2 a 16 sesiones (véase [tabla 7](#)). En el estudio de Brewin et al., (2008) al igual que en el anteriormente mencionado de García Vera y Colino (2004) no se aplicó una terapia cognitivo-conductual específica, aunque su programa de tratamiento también recogía los componentes básicos de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma que incluía terapia cognitiva junto con exposición en imaginación y en vivo a los recuerdos y a los estímulos relacionados con las explosiones. La terapia tuvo una duración de una media de 9 sesiones individuales y semanales, entre un rango de 1 a 29 sesiones (véase [tabla 7](#)). En el estudio de Moreno Pérez (2015), se aplicó el modelo Foa y Rothbaum (1998; Foa, Hembree, y Rothbaum, 2007) que ya había mostrado su eficacia en el

estudio de Schneier et al. (2012), y que volvía a mostrarla al mismo tiempo que se realizó este estudio, en el estudio de Gesteira Santos (2015). Los componentes del programa eran los mismos que en el estudio de Gesteira Santos (2015), ya que el protocolo de tratamiento fue elaborado por el mismo equipo de investigación con el objetivo de aplicarlo tanto en el estudio de eficacia como en el estudio de efectividad. Por tanto, el número medio de sesiones era de 16, sólo que en este caso se aplicaron más sesiones individuales si se consideraba oportuno (véase [tabla 7](#)).

Los resultados de todos los estudios anteriormente mencionados muestran que la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma es eficaz y tiene utilidad clínica. En el caso de los estudios de eficacia, se obtuvieron diferencias estadística y clínicamente significativas en el postratamiento entre el grupo experimental (tratamiento) y el grupo control (lista de espera o tratamiento habitual), a favor del primero. Así pues, en el estudio de Duffy et al. (2007), no sólo se encontraron estas diferencias, sino que también el grupo control mejoró de forma estadística y clínicamente significativa después de recibir la terapia, al pasar las 12 semanas de espera para recibir el tratamiento. Teniendo en cuenta las diferencias postratamiento entre el grupo de tratamiento y el grupo control, y valorando el tamaño del efecto de los resultados obtenidos según los estándares establecidos en el estadístico de Cohen (d de Cohen), los cuales determinan un tamaño del efecto pequeño para una puntuación de 0,2, mediano a partir de 0,4 y grande a partir de 0,8 (Cohen, 1998), Duffy et al. (2007) encontraron un tamaño del efecto de 1,74 para la muestra de completos (personas que completaron el tratamiento) y de 1,25 para la muestra de intención de tratar (personas que inician el tratamiento), lo que sobrepasaba en ambos casos de forma considerable el punto de corte de Cohen para considerarlo un tamaño del efecto grande. Además, teniendo en cuenta los resultados de todas las personas que finalizaron el tratamiento, y

determinando en este caso la mejoría clínicamente significativa como una reducción de al menos un 50% de la sintomatología de estrés postraumático, se podría estimar que el 56,1% de los participantes presentaban una mejoría clínicamente significativa tras la terapia. Así mismo, la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma mostró su eficacia, no sólo en el tratamiento del TEPT, sino también en la mejora de la sintomatología depresiva, en este caso, encontraron diferencias significativas en el postratamiento entre el grupo de tratamiento y el grupo control con un tamaño del efecto de 1,24 en la muestra de completos y de 1,05 en la muestra de intención de tratar, ambos considerados tamaños del efecto grandes.

Resultados similares se obtuvieron en el estudio de Bryant et al., (2011) tanto para el TEPT como para la sintomatología depresiva y el duelo complicado en el grupo al que se aplicó la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, alcanzando un tamaño del efecto de 0,96 para la sintomatología postraumática, 0,81 para la sintomatología depresiva y 0,58 la sintomatología de duelo en el postratamiento, siendo considerados los dos primeros como tamaños del efecto grandes y el último como mediano. Además, se definió la mejoría no sólo en base a la sintomatología postraumática, sino también a la depresiva, para lo cual debía de obtenerse conjuntamente una reducción de la sintomatología postraumática inferior a 19 en la Escala de PTSD Administrada por el Clínico (CAPS; Blake et al., 1995) y menor de 10 en el inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), teniendo en cuenta todos los pacientes que iniciaron el tratamiento, y realizando un análisis tanto el grupo de terapia cognitivo conductual como los de tratamiento habitual, se descubrió que un 75% de los primeros habían mejorado clínicamente, mientras que tan solo un 33% del grupo de tratamiento habitual, lo habían hecho, una diferencia que fue estadísticamente significativa.

En el estudio de Difede, Malta, et al. (2007) los pacientes que habían recibido tratamiento cognitivo conductual mostraban diferencias clínicamente significativas en cuanto a la reducción de sintomatología postraumática cuando se tuvieron en cuenta los participantes que habían completado el tratamiento, no así, cuando se analizaba la muestra de intención de tratar, es decir, aquellos participantes que iniciaron el tratamiento y que bien lo completaron o bien lo abandonaron, en este caso aunque las víctimas que habían recibido terapia cognitivo conductual presentaban niveles más bajos de sintomatología de estrés postraumático que el grupo control, esta no era estadísticamente significativa. Además, considerando como mejoría clínicamente significativa una reducción de 10 puntos en la CAPS, el 71,4% de los pacientes que completaron la terapia cognitivo conductual mejoraron de forma clínicamente significativa frente a solo un 28,6% de los pacientes del grupo control.

El estudio de Difede, Cukor et al. (2007), aunque es un estudio cuasi experimental (sin aleatorización de los pacientes a los grupos) y por tanto los resultados obtenidos en este trabajo deben tomarse con cautela, obtuvieron resultados que demostraron también la eficacia de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma cuando la exposición se realizaba con realidad virtual en lugar de en imaginación o en vivo. Encontraron que los pacientes que completaron la terapia cognitivo conductual mostraron en el postratamiento niveles significativamente más bajos de sintomatología de estrés postraumático que los pacientes del grupo lista de espera con un tamaño del efecto entre grupos del, 1,54. Es más, siguiendo el mismo criterio de mejoría clínica que en el estudio anterior, el 90% de los pacientes que completaron la terapia mejoraron de forma clínicamente significativa en el postratamiento, llegando incluso a no cumplir criterios para el diagnóstico en el 70% de los casos. Aunque estos datos son muy estimulantes, no debemos olvidar que tan sólo analizaron la muestra de aquellas

personas que habían completado el tratamiento, una muestra muy pequeña ($n = 10$), y que además no realizaron análisis para la muestra de intención de tratar, por lo que sería muy recomendable realizar más estudios similares al aquí presentado para poder obtener resultados más potentes.

Los resultados del estudio de Gesteira Santos (2015), se mueven en la misma dirección que los anteriormente mencionados, probando la eficacia de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, y además al igual que en el estudio de Duffy et al. (2007) no sólo se encontraron diferencias en los postratamiento entre el grupo de terapia y el grupo lista de espera, sino que también el grupo control (lista de espera) mejoró de forma estadística y clínicamente significativa después de recibir la terapia, al pasar las 16 semanas de espera para recibir el tratamiento. Teniendo en cuenta las diferencias postratamiento entre el grupo de tratamiento y el grupo control, y valorando el tamaño del efecto de los resultados obtenidos según el estadístico de Cohen (d de Cohen), Gesteira Santos (2015) encontró un tamaño del efecto grande, de 0,84 para la PCL y de 0,88 para el BAI, y mediano de 0,69 para el BDI-II en la muestra de completos, pequeño de 0,32 para la PCL, mediano de 0,42 para el BDI-II y mediano de 0,58 para el BAI en la muestra de intención de tratar (personas que inician el tratamiento). Además, teniendo en cuenta los resultados de todas las personas que finalizaron el tratamiento, y teniendo en cuenta la mejoría clínicamente significativa se comprobó que los grupos más prevalentes como eran el TEPT y el TDM, tanto de forma aislada como de forma comórbida, descendieron a un porcentaje del 0%, los trastornos de ansiedad también tuvieron un descenso significativo, pasando de un 80% en el pretratamiento a un 28% en el postratamiento. En el caso de la muestra de intención de tratar el descenso en el porcentaje de las personas diagnosticadas con alguna

psicopatología también fue significativo, pasando de 48,6% a 14,3% en el TEPT, de 48,6% a 8,6% en el TDM y de 80% a 42,9% para otros trastornos de ansiedad.

Schneier et al. (2012) demostró que la terapia de exposición prolongada combinada con paroxetina también es eficaz puesto que los resultados obtenidos son significativamente mayores que la terapia de exposición con placebo tanto en el CAPS y en una medida de calidad de vida, aunque no así en la Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton (HDRS). Es más, según el análisis de intención de tratar y teniendo presente que la remisión del TEPT es considerada como tal cuando el participante manifiesta una puntuación igual o menor de 20 en la CAPS y una puntuación igual a 1 (“ha mejorado muchísimo”) en una escala de impresiones globales clínicas de cambio, en el grupo de tratamiento combinado con paroxetina fue significativamente mayor, siendo de 42,1% para éste, frente a 16,7% para el grupo de tratamiento combinado con placebo.

En cuanto a los estudios de efectividad o utilidad clínica que analizaron los resultados de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma. El estudio de Gillespie et al. (2002), realizando un análisis de intención de tratar, encontró tanto una mejoría clínica como estadísticamente significativa del TEPT con una recuperación del 62,7% de los participantes y un tamaño del efecto grande de 2,47.

Los resultados del estudio de Moreno Pérez (2015), también muestran la efectividad de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma. Teniendo en cuenta las diferencias pretratamiento y postratamiento de los participantes en el estudio, y valorando el tamaño del efecto de los resultados obtenidos según el estadístico de Cohen (*d* de Cohen), Moreno Pérez (2015) encontró un tamaño del efecto grande, de 2,52 para la PCL, de 2,06 para el BDI-II, y de 2,52 para el BAI en la muestra de completos, aunque no valoró el tamaño del efecto en la muestra de intención de tratar.

Además, teniendo en cuenta los resultados de todas las personas que finalizaron el tratamiento y la mejoría clínicamente significativa, se comprobó que los grupos más prevalentes como eran el TEPT y el TDM, tanto de forma aislada como de forma comórbida entre ellos o con otros trastornos, descendieron a un porcentaje del 0%, los trastornos de ansiedad también tuvieron un descenso significativo, pasando de un 74,2% en el pretratamiento a un 9,6% en el postratamiento. En el caso de la muestra de intención de tratar el descenso en el porcentaje de las personas diagnosticadas con alguna psicopatología también fue significativo, pasando de 74% a 30% en el TEPT, de 54% a 28% en el TDM y de 76% a 35% para otros trastornos de ansiedad.

El estudio de García-Vera y Romero Colino (2004), muestra según un análisis de intención de tratar, una mejoría clínicamente significativa para el TEPT del 66,7%, y para el estrés agudo y los trastornos adaptativos una mejoría del 100%. El estudio de Brewin et al. (2010) muestra resultados similares a los anteriores trabajos de utilidad clínica, mostrando su efectividad tanto para el TEPT como para la sintomatología depresiva, alcanzando un tamaño del efecto grande en ambos casos tanto en la muestra de completos con un 2,11 para el TEPT y un 1,41 para la sintomatología depresiva, como para la de intención de tratar con un 1,87 y un 1,23 respectivamente, cuando solamente tenían en cuenta los resultados del tratamiento para aquellos casos que presentaban diagnóstico de TEPT, y cuando tuvieron en cuenta el tamaño del efecto para cualquier diagnóstico, éste continuó siendo grande, aunque ligeramente inferior que teniendo en cuenta sólo el diagnóstico de TEPT, siendo de 1,59 para el TETP y de 1,09 para la sintomatología depresiva en la muestra de intención de tratar y de 1,77 y 1,22 respectivamente, en la muestra de completos. Teniendo en cuenta todos los pacientes que iniciaron el tratamiento, se descubrió que un 56,1% habían mejorado

clínicamente, y de los pacientes que completaron el tratamiento, lo había hecho el 66,4%.

2.2 Eficacia y efectividad a largo plazo de los tratamientos en víctimas del terrorismo

Hemos comprobado que la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma es eficaz y efectiva en víctimas del terrorismo, no sólo para el diagnóstico o la sintomatología de estrés postraumático, sino también para los trastornos depresivos y para otros trastornos de ansiedad. Pero igual de importante que comprobar que después de terminada la terapia, en el postratamiento, dicha terapia haya sido eficaz y útil en víctimas de atentados terroristas, resulta de suma importancia comprobar que los logros terapéuticos obtenidos en el postratamiento se mantienen en el tiempo, a corto, medio y largo plazo pero sobre todo a muy largo plazo, cuando los efectos de la simple asistencia a las sesiones de terapia ya han desaparecido hace mucho tiempo, ya que es aquí donde verdaderamente podemos comprobar que una terapia funciona y que ha alcanzado su objetivo final, que no es otro que la recuperación de la persona que acude a terapia y de su funcionamiento a nivel social, familiar y laboral. Por ello, analizaremos en este apartado, los seguimientos tanto a medio como a largo plazo de los estudios valorados en el anterior apartado, para lo cual entenderemos como medio plazo los seguimientos realizados uno y tres meses después del tratamiento, y como largo plazo los realizados en torno a los seis meses tras finalizar la terapia. Los seguimientos a muy largo plazo se desarrollarán en el siguiente capítulo, entendiendo como muy largo plazo los seguimientos realizados un año y hasta dos años después de finalizar el tratamiento psicológico.

No todos los estudios anteriormente mencionados realizaron seguimientos de los tratamientos alcanzados (Gillespie et al., 2002; García Vera y Romero Colino, 2004), principalmente porque aún no había transcurrido el tiempo necesario para ello. Asimismo, en algunos estudios mezclan los seguimientos a corto plazo con los seguimientos realizados a largo plazo (Duffy et al., 2007; Brewin et al., 2010), siendo en estos casos imposible determinar si existen diferencias en la eficacia o efectividad de los tratamientos en función del tiempo transcurrido tras la finalización del mismo. Además, teniendo en cuenta que la muestra de los estudios con más número de participantes son aquellos en los que los seguimientos tanto a medio, como largo y muy plazo se encuentran mezclados, y sin tener en cuenta por tanto estos datos, podemos comprobar que todas las muestras de los participantes de los estudios que completan los diferentes seguimientos son muy pequeñas, encontrándose entre un rango de 6 a 26 participantes (Difede, Malta et al., 2007; Schneier et al., 2012) ([tabla 8](#)).

Tabla 8. Seguimientos realizados en los estudios de eficacia y efectividad de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma en víctimas del terrorismo

Estudio	N	Seguimiento mes	Seguimiento tres meses	Seguimiento seis meses	Seguimiento año	Seguimientos más de un año
Duffy et al., (2007)	43	✓	✓ 4 meses	X	✓	X
Bryant et al., (2011)	28	X	✓	X	X	X
Difede, Malta et al., (2007)	6	X	✓	X	X	X
Difede, Cukor et al., (2007)	9	X	X	✓	X	X
Gesteira Santos (2015)	18	✓	✓	✓	X	X
Schneier et al., (2012)	26	X	✓	X	X	X

Estudio	N	Seguimiento mes	Seguimiento tres meses	Seguimiento seis meses	Seguimiento año	Seguimientos más de un año
Brewin et al., (2010)	66	X	X	X	✓	X
Moreno Pérez (2015)	21	✓	✓	✓	✓	X

Seguimiento a medio plazo, uno y tres meses tras el tratamiento

Cuatro de los estudios de eficacia (Difede, Malta et al., 2007; Duffy et al., 2007; Bryant et al., 2011; Schneier et al., 2012) y uno de efectividad (Moreno Pérez, 2015) analizaron los resultados alcanzados en la terapia a corto plazo, tres meses después de haber finalizado el tratamiento, exceptuando a Duffy et al. (2007), que realizó un análisis de todos los seguimientos de forma conjunta, obteniendo los resultados de 43 personas, de las cuales dos habían realizado el seguimiento un mes tras haber finalizado el tratamiento, y el resto lo habían realizado cuatro o doce meses después de haber finalizado el tratamiento, sin especificar cuántos de ellos habían realizado cada seguimiento. Duffy et al. (2007) encontró que no sólo se mantuvieron las ganancias obtenidas en el estrés postraumático, la depresión y la inadaptación social, sino que para las medidas de inadaptación en el trabajo y la familia, los resultados fueron mejores. De hecho los tamaños del efecto comparando el pre-tratamiento con el seguimiento fueron grandes e incluso mayores que en el postratamiento para todas las medidas (véase [tabla 9](#)), siendo de 2,10 en el seguimiento para el TETP, de 1,45 para la depresión, de 1,44 para la inadaptación laboral, de 1,46 para la inadaptación social, y de 1,30 para la inadaptación familiar.

Bryant et al. (2011) observaron que de entre los 28 participantes que realizaron el seguimiento a los 3 meses, se mantuvieron las ganancias terapéuticas, encontrando

diferencias estadísticamente significativas en el grupo de terapia cognitivo-conductual y el grupo de tratamiento habitual, a favor del primero, en las medidas de sintomatología de estrés postraumático, depresión y duelo complicado. Así pues, los tamaños del efecto para ambos grupos de terapia eran los mismos que al finalizar el tratamiento, siendo 1,78 para el PSS, 1,22 para el BDI-II y 1,41 para el ICG, todos ellos grandes, en el grupo de terapia cognitivo-conductual y de 0,57 para el PSS, 0,45 para el BDI-II Y 0,41 para el ICG, todos ellos medianos, para el grupo de terapia habitual (véase [tabla 9](#)).

El estudio de Difede, Malta et al. (2007) no comparó los resultados obtenidos en el seguimiento entre el grupo de tratamiento (terapia cognitivo conductual centrada en el trauma) y el grupo control (*feedback* sobre la evaluación y consejo), tan solo indicó que las ganancias terapéuticas para la PCL, el BDI, el GSI e incluso otras escalas de auto informe como el Test de Discriminación de Alcoholismo de Michigan (MAST; Selzer et al., 1975) o la Escala de Adaptación Social (SAS-R Weissman y Bothwell, 1976) de los 6 participantes que completaron el tratamiento en el grupo de tratamiento, se mantuvieron a los tres meses de finalizado este. No obstante, en el estudio no se mostraron resultados estadísticos claros a este respecto (véase [tabla 9](#)).

El estudio de Schneier et al. (2012) muestra que los 26 participantes del estudio que completaron el tratamiento, 13 de la condición experimental (paroxetina y exposición prolongada) y 13 de la condición control (placebo y sesiones de exposición prolongada), no mostraron diferencias significativas en el seguimiento entre los dos grupos de tratamiento analizados, aun cuando se siguió aplicando la medicación al finalizar el tratamiento, siendo la tasa de remisión a los 3 meses de un 38% para el grupo al que se le aplicó paroxetina, y de un 31% para el que se le aplicó placebo. Desapareciendo de este modo las diferencias entre grupos que se habían hecho patentes en el postratamiento en las medidas de sintomatología postraumática media con la

CAPS y de calidad de vida medida a través del Cuestionario de Calidad de Vida y Satisfacción de Endicott (Q-LES-Q; Endicott et al., 1993) (véase [tabla 9](#)).

En el estudio de efectividad (Moreno Pérez, 2015), también mostró que los logros obtenidos tras el tratamiento tanto de aquellos participantes que completaron el tratamiento como de la muestra de intención de tratar, se mantuvieron un mes después de haber finalizado el tratamiento, llegando a pasar de una prevalencia en el pretratamiento del 80,6% en el TEPT, del 48,4% en el TDM y del 83,8% en otros trastornos de ansiedad en la muestra de completos y de una prevalencia del 74% tanto en el TEPT, del 54% en el TDM y del 88% en otros trastornos de ansiedad, en la muestra de intención de tratar, a una prevalencia del 0% para el TEPT, el TDM y 9,9% para otros trastornos de ansiedad en la muestra de completos en el seguimiento a un mes y del 28% en el TEPT, TDM, y del 38% en otros trastornos de ansiedad en la muestra de intención de tratar en el seguimiento al mes.

Además, en lo que respecta a los tamaños del efecto, el estudio de Moreno Pérez (2015) analizó tanto los tamaños del efecto del pretratamiento con el seguimiento al mes y los tres meses en la muestra de completos ($n = 28$; $n = 22$, respectivamente), estos fueron grandes para todas las medidas siendo de 2,29 y 2,39 para la sintomatología postraumática, de 1,53 y 2,37 para la sintomatología depresiva y de 1,24 y 1,77 para la sintomatología ansiosa, respectivamente (véase [tabla 10](#)).

Seguimiento a largo plazo, seis meses tras el tratamiento

Solo hay tres estudios (Difede, Cukor et al., 2007; Gesteira Santos, 2015; Moreno Pérez, 2015) que analicen los resultados alcanzados en el tratamiento a largo plazo, es decir, 6 meses después del término de este. Difede, Cukor et al., (2007) sólo analizaron los resultados de los 9 participantes que completaron el tratamiento del grupo de tratamiento (terapia cognitivo conductual con exposición mediante realidad virtual) y

no los del grupo control (lista de espera), señalando que los logros alcanzados se mantenían en el tiempo con una reducción media de aproximadamente 35 puntos en la CAPS, comparando el pretratamiento y el seguimiento, reducción estadísticamente significativa (véase [tabla 9](#)).

Siguiendo la línea de los anteriores, el segundo estudio (Gesteira Santos, 2015) solo analizó los resultados de los participantes que pertenecían al grupo de tratamiento (terapia cognitivo conductual centrada en el trauma) y no los del grupo control (lista de espera), pero en este caso lo hizo tanto en la muestra de completos ($n = 18$) como en la de intención de tratar ($n = 35$), y en ambas situaciones se produjo una mejora tanto clínica como estadísticamente significativa, llegando a pasar de una prevalencia en el pretratamiento del 50% en el TEPT, del 61,1% en el TDM y del 83,3% en otros trastornos de ansiedad en la muestra de completos y de una prevalencia del 48,6% tanto en el TEPT como en el TDM y del 80% en otros trastornos de ansiedad, en la muestra de intención de tratar, a una prevalencia del 0% para el TEPT, del 5,6% para el TDM y del 33,3% en otros trastornos de ansiedad en la muestra de completos en el seguimiento a los seis meses y del 22,9% en el TEPT, del 20% en el TDM, y del 48,6% en otros trastornos de ansiedad en la muestra de intención de tratar.

Además, en lo que respecta a los tamaños del efecto, el estudio de Gesteira Santos (2015) encontró que los tamaños del efecto comparando el pretratamiento con el seguimiento en la muestra de completos, fue grande de 0,94 para la sintomatología postraumática (PCL), mediano de 0,73 para la sintomatología depresiva (BDI-II) y pequeño de 0,51 para a sintomatología ansiosa (BAI). En la muestra de intención de tratar, como es de suponer, los tamaños del efecto fueron menores, siendo estos de 0,39 para la sintomatología postraumática (PCL), de 0,30 para la sintomatología depresiva

(BDI-II) y de 0,21 para la sintomatología ansiosa (BAI), considerándose todos ellos como pequeños (véase [tabla 9](#)).

En el tercer y último estudio Moreno Pérez (2015) encontró que comparando los tamaños del efecto del pretratamiento con el seguimiento a los seis meses en la muestra de completos ($n = 20$), estos fueron grandes para todas las medidas siendo de 2,22 para la sintomatología postraumática, de 2,06 para la sintomatología depresiva y de 1,48 para a sintomatología ansiosa (véase [tabla 10](#)).

Tabla 9. Resultados a corto, medio y largo plazo de los estudios sobre eficacia en víctimas de atentados terroristas

Referencia	Nº de casos que finalizan tratamiento	Medidas	Muestra que realiza los seguimientos	Tamaño del efecto en el postratamiento. Muestra de completos	Tamaño del efecto en el postratamiento. Muestra de intención de tratar	Tamaño del efecto en los seguimientos
Duffy et al., (2007)	45	- PDS - BDI-IA - SDS-W, SDS-S y SDS-F	Participantes que completan el tratamiento	- TETP: 1,74 - Depresión: 1,24 - Inadaptación laboral: 1,08 - Inadaptación social: 1,36 - Inadaptación familiar: 0,96	- TETP: 1,25 - Depresión: 1,05 - Inadaptación laboral: 0,97 - Inadaptación social: 1,03 - Inadaptación familiar: 0,70	- TETP: 2,10 - Depresión: 1,45 - Inadaptación laboral: 1,44 - Inadaptación social: 1,46 - Inadaptación familiar: 1,30
Difede, Malta et al., (2007)	6	- CAPS - PCL - BDI - SCL-GSI - MAST (seguimiento) - SAS-R (seguimiento)	Participantes que completan el tratamiento	- 71,4% del grupo terapia cognitivo conductual mejoraron de forma clínicamente significativa - 28,6% del grupo control mejoraron de forma clínicamente significativa - Reducción clínicamente significativa = disminución > 10 puntos en CAPS)		Se mantienen los logros obtenidos en todas las medidas
Bryant et al., (2011)	28	- PSS-I - BDI-II - ICG - CAPS (significación clínica)	Participantes que inician el tratamiento		<i>Terapia cognitivo conductual</i> - TETP: 1,78 - Depresión: 1,22 - Duelo complicado: 1,41 <i>Terapia habitual</i> - TETP: 0,57 - Depresión: 0,45 - Duelo complicado: 0,41	<i>Terapia cognitivo conductual</i> - TETP: 1,78 - Depresión: 1,22 - Duelo complicado: 1,41 <i>Terapia habitual</i> - TETP: 0,57 - Depresión: 0,45 - Duelo complicado: 0,41

Referencia	Nº de casos que finalizan tratamiento	Medidas	Muestra que realiza los seguimientos	Tamaño del efecto en el postratamiento. Muestra de completos	Tamaño del efecto en el postratamiento. Muestra de intención de tratar	Tamaño del efecto en los seguimientos
Schneier et al., (2012)	26	- CAPS - HDRS - Q-LES-Q - CGI-C	Participantes que completan el tratamiento	- IRSS+terapia cognitivo conductual. Remisión del 42,1 % - Placebo+terapia cognitivo conductual. Remisión del 16,7%		- IRSS+terapia cognitivo conductual. Remisión del 38% - Placebo+terapia cognitivo conductual. Remisión del 31%
Difede, Cukor et al., (2007)	9	- CAPS - PCL - BDI - BSI-GSI	Participantes que completan el tratamiento	- TEPT: 1,54 - 90% mejoría clínicamente significativa - 70% no cumple diagnóstico		- Reducción estadísticamente significativa de 35 puntos en la CAPS (significativo disminución > 10 puntos en CAPS)
Gesteira Santos (2015)	I.T: 35 C:18	- BDI-II - BAI - PCL	Participantes del grupo experimental	- TETP: 0,84 - TDM: 0,69 - Otros trastornos de ansiedad: 0,88	- TETP: 0,32 - TDM: 0,42 - Otros trastornos de ansiedad: 0,58	<i>Muestra de completos</i> - TETP: 0,94 - TDM: 0,73 - Otros trastornos de ansiedad: 0,51 <i>Muestra de intención de tratar</i> - TETP: 0,39 - TDM: 0,30 - Otros trastornos de ansiedad: 0,21

Nota. BDI, BDI-IA y BDI-II = primera edición (Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961), primera edición corregida (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) y segunda edición (Beck, Steer y Brown, 1996) del Inventario de Depresión de Beck. BSI-GSI = Índice de gravedad global del Brief Symptom Inventory (Derogatis y Spencer, 1982). C = Completos. CAPS = Clinician-Administered (Blake et al., 1995). HDRS = Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton (Hamilton, 1967). ICG = Inventario de Duelo Complicado (Prigerson et al., 1995). IRSS = inhibidores de la recaptación de serotonina. IT = intención de tratar. MAST = Michigan Alcohol Screening Test (Selzer, Vinokur, y van Rooijen, 1975). PCL = PTSD Checklist (Weathers, Herman, Huska, y Keane, 1993). PDS = Post-trauma Diagnosis Scale (Foa et al., 1997). PSS-I = PTSD Symptom Scale-Interview (Foa et

al., 1993). Q-LES-Q = Quality of Life Enjoyment y Satisfaction Questionnaire (Endicott, Nee, Harrison, y Blumenthal, 1993). SAS-R = Social Adjustment Scale Self-Report (Weissman y Bothwell, 1976). SDS-W, SDS-S y SDS-F: subescalas Laboral, Social y Familiar de la Sheehan Disability Scale Sheehan, 1983. TDM = trastorno depresivo mayor. TEPT = trastorno por estrés postraumático.

Tabla 10. Resultados a corto, medio y largo plazo de los estudios sobre efectividad en víctimas de atentados terroristas

Referencia	Nº de casos que finalizan tratamiento	Medidas	Muestra que realiza los seguimientos	Tamaño del efecto en el postratamiento. Muestra de completos	Tamaño del efecto en el postratamiento. Muestra de intención de tratar	Tamaño del efecto en los seguimientos
Gillespie et al., (2002)	78	- PDS - IES-R - BDI-IA - GHQ	0	- TETP: 2,47		No realiza análisis de los seguimientos
García Vera y Romero Colino (2004)	38	- ESEA - EI - BDI-II - STAI	0	- TETP: 67% recuperados - Trastorno de estrés agudo: 100% recuperados - Trastornos adaptativos: 100% recuperados		No realiza análisis de los seguimientos
Brewin et al., (2008)	81	- PDS - BDI	66 personas de las que completan el tratamiento	- TETP: 2,11 - TDM: 1,41	- TETP: 1,87 - TDM: 1,23	Se mantienen los logros obtenidos en todas las medidas tanto en la muestra de completos como en la de intención de tratar

Referencia	Nº de casos que finalizan tratamiento	Medidas	Muestra que realiza los seguimientos	Tamaño del efecto en el postratamiento. Muestra de completos	Tamaño del efecto en el postratamiento. Muestra de intención de tratar	Tamaño del efecto en los seguimientos
Moreno Pérez (2015)	31	- BDI-II - BAI - PCL	28 al mes 22 a los tres meses 20 a los 6 meses 21 al año	- TETP: 2,52 - TDM: 2,06 - Otros trastornos de ansiedad: 2,52		<i>Un mes tras el tratamiento</i> - TETP: 2,29 - TDM: 1,53 - Otros trastornos de ansiedad: 1,24 <i>Tres meses tras el tratamiento</i> - TETP: 2,39 - TDM: 2,37 - Otros trastornos de ansiedad: 1,77 <i>Seis meses tras el tratamiento</i> - TETP: 2,22 - TDM: 2,06 - Otros trastornos de ansiedad: 1,48 <i>Un año tras el tratamiento</i> - TETP: 2,29 - TDM: 2,52 - Otros trastornos de ansiedad: 1,26

Nota. BDI, BDI-IA y BDI-II = primera edición (Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961), primera edición corregida (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) y segunda edición (Beck, Steer y Brown, 1996) del Inventario de Depresión de Beck. EI = Escala de Inadaptación (Echeburúa, E., Corral, P., y Fernández-Montalvo, J., 2000). ESEA = Escala de Síntomas de Estrés (Unidad de Psicología Clínica y de la Salud, 2004). Agudo GHQ = General Health Questionnaire (Goldberg & Williams, 1988). IES-R (RIES; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979). MAST = Michigan Alcohol Screening Test (Selzer, Vinokur, y van Rooijen, 1975). PCL = PTSD Checklist (Weathers, Herman, Huska, y Keane, 1993). PDS = Post-trauma Diagnosis Scale (Foa et al., 1997). TDM = trastorno depresivo mayor. TEPT = trastorno por estrés postraumático.

Capítulo 3. Eficacia y efectividad a muy largo plazo de los tratamientos empíricamente validados en víctimas del terrorismo

Seguimiento a muy largo plazo, un año tras el tratamiento

Por otro lado, son tres los estudios que han analizado los beneficios de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma a largo plazo. Un estudio de eficacia (Duffy et al., 2007) en el que se mezclaron los participantes que realizaron el seguimiento a corto plazo (mes y cuatro meses tras el tratamiento) y a largo plazo (doce meses) y del cual ya hemos analizado los seguimientos anteriormente (véase [tabla 9](#)). Los otros dos estudios que analizan el seguimiento 1 año tras el tratamiento (Brewin et al., 2010; Moreno Pérez, 2015), son dos estudios de efectividad o utilidad clínica.

Brewin et al. (2010), al igual que Duffy et al. (2007), mezcla los datos de los 66 participantes que completaron el tratamiento y que realizaron los seguimientos entre mes y medio, y dos años y dos meses tras finalizar el tratamiento. De la misma manera, no especifica cuántos participantes realizaron el seguimiento a medio, largo o muy largo plazo, pero sí indica que la media de realización de dichos seguimientos fue de un año y un mes tras haber finalizado el tratamiento. Brewin et al. (2010), mostraron que los logros obtenidos en la terapia se mantenían un año después del tratamiento, tanto en la muestra de completos como en la muestra de intención de tratar, no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre el final del tratamiento y el seguimiento al año, ni en la sintomatología postraumática, ni en la depresiva (véase [tabla 10](#)).

El tercer y último estudio que analiza la efectividad un año después del tratamiento (Moreno Pérez, 2015), también mostró que los logros obtenidos tras el tratamiento tanto de aquellos participantes que completaron el tratamiento como de la muestra de intención de tratar, se mantuvieron a largo plazo, llegando a pasar de una prevalencia en el pretratamiento del 80,6% en el TEPT, del 48,4% en el TDM y del 83,8% en otros trastornos de ansiedad en la muestra de completos y de una prevalencia del 74% tanto en el TEPT, del 54% en el TDM y del 88% en otros trastornos de

ansiedad, en la muestra de intención de tratar, a una prevalencia del 0% para el TEPT, el TDM y otros trastornos de ansiedad en la muestra de completos en el seguimiento a un año y del 28% en el TEPT, TDM, y en otros trastornos de ansiedad en la muestra de intención de tratar en el seguimiento al año.

Además, en lo que respecta a los tamaños del efecto, el estudio de Moreno Pérez (2015) encontró que comparando los tamaños del efecto del pretratamiento con el seguimiento en la muestra de completos ($n = 21$), estos fueron grandes para todas las medidas siendo de 2,29 para la sintomatología postraumática, de 2,52 para la sintomatología depresiva y de 1,26 para a sintomatología ansiosa (véase [tabla 10](#)).

Capítulo 4.

Eficacia y efectividad a muy largo plazo de los tratamientos en trauma

Hemos revisado todos los estudios de eficacia y utilidad clínica publicados hasta la fecha sobre la aplicación de una terapia psicológica en víctimas del terrorismo, analizando tanto los logros obtenidos tras la aplicación de la misma, como los alcanzados a corto, medio y largo plazo. No obstante, nos hemos encontrado con el inconveniente de que apenas existían estudios que analizaran dicha eficacia o efectividad clínica a muy largo plazo, y de los estudios que había con seguimientos a largo plazo, no eran estrictamente rigurosos en sus análisis en cuanto a los criterios temporales, ya que mezclaban seguimientos realizados al año o más tiempo, con seguimientos realizados a corto y medio plazo.

Es por ello, que decidimos realizar una revisión de otros estudios de eventos traumáticos que tuvieran seguimientos a muy largo plazo, al menos un año tras haber aplicado la terapia, para poder realizar una comparación con los resultados obtenidos en dichos estudios. No obstante, no podíamos limitarnos a realizar una revisión de todos los estudios sobre eventos traumáticos y analizarlos puesto que los atentados terroristas tienen una particularidad específica frente a otros eventos traumáticos, el uso de la violencia, que definida por la Organización Mundial de la Salud es *“el uso intencionado de la fuerza o poder físico, amenaza o real, contra uno mismo, contra otra persona o contra un grupo o comunidad, lo que resulta o tiene una alta probabilidad de resultar en lesiones, muerte, daño psicológico, mal desarrollo o privación”*, por lo que nuestro trabajo debía ir dirigido a analizar los estudios de aquellos eventos traumáticos que se hubieran sucedido con el uso de la violencia y que por tanto habían sido cometidos por el ser humano, como por ejemplo la guerra, la tortura, el abuso físico, etc., más aun sabiendo que la investigación científica determina que los eventos traumáticos cometidos por una persona de forma intencional, predicen consecuencias más

perjudiciales en la víctima y TEPT más severo, que los desastres que no involucran actos humanos intencionados (Santiago et al., 2013).

Para ello, se realizó una búsqueda en las bases de datos bibliográficas PsycINFO, PILOTS (Published International Literature On Traumatic Stress) y MEDLINE de los trabajos publicados entre 1970 y noviembre de 2017 con la siguiente combinación de palabras en el campo de búsqueda “abstract” (resumen) o “title” (título) de dichas bases de datos: ab(("efficacy" OR "effectiveness" OR "effective" OR "efficacious") AND ("war" OR "warfare" OR "veteran" OR "terrorist" OR "terrorism" OR "violence" OR "aggression" OR "torture" OR "physical abuse" OR "crime" OR "riots" OR "partner abuse" OR “assault” OR “rape” OR “murder”) AND ("follow-up") AND ("therapy" OR "treatment" OR "medication")). Esta búsqueda dio lugar a 1.051 trabajos diferentes, entre los cuales, tras revisar su contenido y excluir las tesis y tesinas, libros, ponencias y actas, los estudios que utilizaban diseños de caso único, los que sólo incluían víctimas menores de edad o adolescentes, los que no estaban escritos en inglés o español, los que iban dirigidos a victimarios, las revisiones y meta-análisis, los que su objetivo de estudio eran otras variables que no consistían en la relación entre las terapias y el TEPT, y los que no tenían seguimientos o estos no alcanzaban los 12 meses, se encontraron 14 estudios empíricos que han analizado la eficacia o la utilidad clínica de diferentes terapias psicológicas de corte cognitivo conductual, para el tratamiento de las consecuencias psicológicas derivadas de un evento traumático un año o más después de haber finalizado este.

No se ha encontrado ningún estudio que haya analizado la eficacia o utilidad clínica en víctimas adultas de eventos traumáticos producidos de forma intencionada por el ser humano que presentaran trastornos psicológicos, de los tratamientos

farmacológicos un año después de haber finalizado la terapia. Además, todos los estudios tenían como uno de sus objetivos el tratamiento del TEPT (Cahill, Rauch, Hembree, et Foa, 2003; Echeburúa, de Corral, Sarausa., Zubizarreta, 1996; 1996b; Echeburúa, de Corral, Zubizarreta, Sarausa., 1997; Echeburúa, Sarausa, Zubizarreta, de Corral, 2013; Foa et al., 2005; Johnson et al., 1996, Reeler et Mbape, 1998), o el tratamiento del TEPT comórbido con otros síntomas o trastornos mentales como otros trastornos de ansiedad (Carlsson, Olsen, Kastrup, Mortensen, 2010; Lang et al., 2017, Nixon et al., 2016), duelo complicado (Hagl, Powell, Rosner, et Butollo, 2015), pero también abuso de alcohol o drogas (Morrissey et al., 2005; Nixon et al., 2016) e ideación suicida (Kaslow et al., 2010).

Ninguno de los estudios incluidos en la presente revisión utilizó un diseño de caso único experimental, sino que todos los estudios utilizaron diseños grupales, nueve de ellos intergrupales, es decir, con un grupo o varios de tratamiento y un grupo de control o comparación (Cahill et al., 2003; Echeburúa, et al., 1996b; Echeburúa, et al., 1997; Foa et al., 2005; Hagl et al., 2015; Kaslow et al., 2010; Lang et al., 2017; Morrissey et al., 2005; Nixon et al., 2016), y cinco intragrupal, es decir, con un solo grupo, y en concreto con un diseño pre-postratamiento y pre-seguimiento (Echeburúa et al., 1996; Echeburúa et al., 2013; Johnson et al., 1996) y pre-seguimiento (Carlsson et al., 2010; Reeler et Mbape, 1998). De los nueve estudios intergrupales, siete utilizaron un diseño experimental, es decir, con asignación aleatoria de los participantes a los grupos de tratamiento y de control o comparación (Cahill et al., 2003; Echeburúa, et al., 1996b; Echeburúa, et al., 1997; Foa et al., 2005; Kaslow et al., 2010; Lang et al., 2017; Nixon et al., 2016), y dos un diseño cuasi experimental con asignación no aleatoria (Hagl et al., 2014; Morrissey et al., 2005). Por otro lado, en tres de los nueve estudios intergrupales el grupo control o comparación fue de tratamiento habitual (Kaslow et al.,

2010; Morrissey et al., 2005; Nixon et al., 2016), otros dos de consejo o apoyo (Hagl et al., 2014;), dos lista de espera (Cahill et al., 2003; Foa et al., 2005) y los restantes de otro tipo de terapias, como la terapia centrada en la persona (Lang et al., 2017), la relajación muscular progresiva (Echeburúa, et al., 1996b; 1997), el entrenamiento en inoculación del estrés o la combinación de éste con la exposición prolongada (Cahill et al., 2003), y la combinación de exposición prolongada con reestructuración cognitiva (Foa et al., 2005). Dado el tipo de diseño de investigación utilizado, la naturaleza de los grupos de control o comparación y el resto de características de los estudios, ocho de los nueve estudios con diseños intergrupales pueden considerarse estudios de eficacia, mientras que uno de ellos (Morrissey et al., 2005) aunque disponía de un grupo de comparación, no cumplía con el resto de criterios de eficacia, sobre todo los relacionados con el diseño de investigación realizado, ya que se utilizaron cuatro tratamientos centrados en el trauma que aunque estaban manualizados y pretendían los mismos objetivos, dependiendo del lugar donde se llevaran a cabo, cada sesión tenía una duración de una o dos horas y la duración de la terapia varió entre 12 y 33 semanas. Además, aunque el grupo de comparación no utilizó un tratamiento centrado en el trauma, sí que contenía algunos elementos de la terapia ofrecidos en el grupo de tratamiento, por tanto, este estudio debe considerarse como un estudio de efectividad o utilidad clínica, al igual que el estudio con diseño intragrupal pre-postratamiento y pre-seguimiento (Echeburúa et al., 1996; Echeburúa et al., 2013; Johnson et al., 1996) y pre-seguimiento (Carlsson et al., 2010; Reeler et Mbape, 1998).

4.1. Eficacia de los tratamientos para el TEPT a muy largo plazo en víctimas adultas de eventos traumáticos

Los ocho estudios de eficacia abordaron específicamente la eficacia del tratamiento psicológico para el TEPT o para la sintomatología postraumática a muy largo plazo al comparar dicho tratamiento con una condición de control de lista de espera o de tratamiento habitual, y/o con otra terapia o técnica, o la combinación de ambas.

Un primer estudio de Cahill et al., (2003) comprobó la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual (Foa et al., 1999) en 67 mujeres víctimas de asaltos que se distribuyeron en cuatro grupos, un primer grupo de 19 mujeres que recibieron un tratamiento de exposición prolongada consistente en recibir psicoeducación sobre las reacciones habituales del trauma, entrenamiento en respiración, exposición en vivo y en imaginación, además de tareas para casa (Foa y Rothbaum, 1998). Un segundo grupo de 18 mujeres que recibieron entrenamiento en inoculación del estrés (adaptado de Veronen y Kilpatric, 1982) consistente en la adquisición y práctica de habilidades de afrontamiento para el manejo de la ansiedad, dichas habilidades incluyeron la relajación muscular progresiva, la relajación diferencial, la parada de pensamiento, la reestructuración cognitiva, el auto diálogo guiado, el modelado encubierto y el juego de roles, además de tareas para casa. El tercer grupo estaba constituido por 17 mujeres que recibieron un tratamiento combinado de exposición prolongada y entrenamiento en inoculación del estrés, consistente en la aplicación de las técnicas de los dos grupos anteriores. El cuarto grupo de 13 mujeres constituyeron el grupo de lista de espera, lo que consistía en esperar 5 semanas para recibir el tratamiento. Todas las modalidades de

tratamiento tenían una duración de 9 sesiones distribuidas dos veces por semana de una duración de entre 90 y 120 minutos.

Los resultados del estudio de Cahill et al., (2003) muestran que tras doce meses de haber finalizado el tratamiento, todos los grupos de tratamiento activo mejoraron en todas las medidas, obteniéndose un tamaño del efecto grande (1,70) en la recuperación del TEPT.

Un segundo y tercer estudio de Echeburúa, et al., (1996b; 1997) analizaron la eficacia de la terapia cognitiva en víctimas de agresiones sexuales recientes (Echeburúa, et al., 1996b) y no recientes (Echeburúa, et al., 1996b). Para ello, 20 mujeres fueron aleatorizadas a dos grupos de tratamiento en cada estudio. En el primer estudio el primer grupo (n = 10) recibió terapia basada en la reestructuración cognitiva y la resolución de problemas, cuyos componentes eran la psicoeducación de las reacciones normales tras una agresión sexual, así como la adquisición y mantenimiento del miedo, relajación progresiva, reestructuración de pensamientos negativos, parada de pensamiento, distracción cognitiva, exposición gradual y reevaluación de la situación traumática. Mientras que en el segundo estudio el primer grupo (n = 10) recibió terapia basada en la exposición y la reestructuración cognitiva, cuyos componentes eran la recuperación de actividades sociales o agradables que las participantes evitaban, la exposición a estímulos que producen ansiedad o evitación en el día a día, la exposición en imaginación a pesadillas o pensamientos intrusivos, y en el caso de disfunciones sexuales, la exposición gradual guiada y el entrenamiento en habilidades específicas. En los dos estudios el grupo de comparación (n = 10) recibió tratamiento consistente en el entrenamiento en relajación progresiva. El primer estudio tenía una duración de 5

sesiones de una hora mientras que el segundo eran 6 sesiones de una hora con una frecuencia semanal.

Los resultados del primer estudio (Echeburúa, et al., 1996b) muestran que aunque en el postratamiento no existían diferencias en el grado de mejoría entre ambas condiciones de tratamiento para la intensidad de los síntomas del TEPT, sí que esta existía a los doce meses de haber finalizado el tratamiento, siendo el grupo de reestructuración cognitiva y entrenamiento en resolución de problemas el que mostraba mejores resultados, sin embargo, teniendo en cuenta las medidas de psicopatología, no existían diferencias significativas entre ambos tratamientos. Los resultados del segundo estudio (Echeburúa et al. 1997) muestran que el grupo con el que se había trabajado la exposición y la reestructuración cognitiva había reducido el diagnóstico de TEPT en el postratamiento, llegando a su completa ausencia en el seguimiento al año, mientras que el grupo que había recibido entrenamiento en relajación progresiva, mostraban una prevalencia del TEPT de un 40% en el seguimiento al año.

Siguiendo la línea de los anteriores estudios, Foa et al., (2005) analizó la eficacia de un programa de exposición prolongada en comparación con este mismo programa combinado con la técnica de reestructuración cognitiva y con un grupo lista de espera, en mujeres víctimas de violaciones, asaltos no sexuales y abuso sexual en la infancia. Para ello, 179 mujeres fueron aleatorizadas a tres grupos de tratamiento. El primero (n = 52), que realizó la terapia de exposición prolongada recibió información sobre las reacciones del trauma, entrenamiento en respiración, exposición en vivo de situaciones evitadas, exposición en imaginación de la situación traumática y en la sesión final discuten lo que han aprendido al finalizar el tratamiento y discuten su progreso y realizan prevención de recaídas. El segundo grupo (n = 44) recibió el mismo programa anteriormente mencionado salvo con dos excepciones, el primero es que en la sesión 3

se comenzó a introducir que los síntomas postraumáticos se mantenían en parte por los pensamientos y creencias, comenzándose a practicar la reestructuración cognitiva. La segunda excepción es que a partir de la sesión 4 se introdujo la práctica de la reestructuración cognitiva tras la exposición en imaginación. El tercer grupo (n = 26) recibió tratamiento nueve semanas después de la evaluación, tras realizarle de nuevo el protocolo de evaluación y haber determinado su estado.

Los resultados del estudio de Foa et al., (2005) muestran que no habían diferencias significativas en cuanto a sintomatología postraumática entre los dos tratamientos activos, mientras que sí la había con el grupo lista de espera un año después de haber realizado el tratamiento.

Un quinto estudio en este caso cuasi experimental de Hagl et al., (2015) mostró que la exposición dialógica es eficaz en el tratamiento de adultos que han sufrido algún evento traumático. En este estudio se distribuyeron a 119 mujeres que habían perdido a su marido en la guerra de Bosnia, en dos grupos de tratamiento, uno que recibió terapia de exposición dialógica y otro que recibió terapia de apoyo, los componentes de ambos grupos eran idénticos exceptuando que en el grupo de exposición dialógica se incluía la técnica de la silla vacía y en el otro grupo, en su lugar se hablaba sobre los maridos, por tanto ambos grupos utilizaron técnicas como la psicoeducación a las reacciones normales de duelo, la relajación grupal e individual, las estrategias de afrontamiento, la verbalización de las emociones y la preparación para la silla vacía o hablar sobre el marido. Los tratamientos se dividieron de forma cuasi aleatoria en 12 grupos de aproximadamente 10 mujeres, siendo homogéneos todos ellos en el tipo de pérdida y resultando tres grupos para cada combinación (pérdida + dialógica, pérdida + apoyo, desaparecido + dialógica, desaparecido + apoyo).

Los resultados del estudio de Hagl et al., (2015) tras un año de la aplicación del tratamiento, mostraron que había habido ganancias en todas las medidas (PDS, GHQ-28, IES y GI) en ambas terapias en aquellas mujeres que las habían finalizado, obteniendo las dos el mismo tamaño del efecto, 0,42 (mediano) para las 74 mujeres que completaron el seguimiento, si bien esta media del tamaño del efecto de las medidas aumentó con respecto al postratamiento en el caso de la terapia de apoyo (TE, 0,36) y disminuyó para la intervención dialógica (TE, 0,56), lo que muestra que ambas terapias, exposición dialógica y apoyo son igual de eficaces, si bien hay que tener en cuenta que ambas terapias contenían los mismos componentes exceptuando la utilización o no de la silla vacía (ver [tabla 11](#)). Teniendo en cuenta la muestra de intención de tratar, el tamaño del efecto es similar en el seguimiento al año al obtenido en el postratamiento, siendo de 0,31 para el grupo de apoyo, es decir, pequeño y de 0.48, mediano, para la intervención dialógica.

Un sexto estudio (Kaslow et al., 2010) comprobó la eficacia de un tratamiento cultural informado basado en el empoderamiento a través de psicoeducación en grupos de intervención. Para ello, 208 mujeres que habían sufrido violencia de pareja y habían tenido intentos de suicidio, fueron aleatorizadas a dos modalidades de tratamiento. Un primer grupo de 130 mujeres que recibieron un tratamiento basado en la intervención grupal psicoeducativa basada en el empoderamiento (Davis et al., 2009), con 10 sesiones de grupo de 90 minutos formadas por entre tres y cinco mujeres y dos terapeutas. Un segundo grupo de 87 mujeres que recibieron tratamiento habitual consistente en tratamiento psiquiátrico y médico estándar ofrecido por el hospital.

Los resultados del estudio de Kaslow et al., (2010) muestran que tras doce meses de haber finalizado el tratamiento, el grupo que recibió tratamiento basado en la intervención grupal psicoeducativa basada en el empoderamiento presentó niveles más

bajos de sintomatología depresiva e ideación suicida que el tratamiento habitual. Ambos tratamientos presentaban niveles ligeramente más elevados en sintomatología en el seguimiento al año frente al postratamiento.

El séptimo estudio de eficacia realizado por Lang et al., (2017) analizó en este caso una muestra de 160 hombres veteranos de guerra que presentaban al menos un trastorno de ansiedad o depresión y que fueron asignados al azar a una de las dos condiciones de tratamiento, terapia de aceptación y compromiso o terapia centrada en el presente, esta última se desarrolló como condición control. Ambas terapias estaban manualizadas y tenían una duración de 12 sesiones individuales de una hora de duración que se realizaban de forma semanal. El manual utilizado en el grupo de terapia de aceptación y compromiso fue desarrollado para este tipo de población por uno de los miembros del equipo de investigación, Robyn Walser, y en él se trabajaba la evitación experiencial, el control excesivo de la experiencia interna y el cambio de comportamiento basado en valores, a través de ejercicios de atención plena, la introducción de algún tema y su exploración a través de la metáfora y los ejercicios experienciales, al tiempo que vincula el trabajo con la situación del cliente. El manual no contenía instrucciones específicas para trabajar directamente el trauma. El grupo de terapia centrada en el presente, utilizó un manual de tratamiento diseñado para pacientes con TEPT y modificado por dos de los miembros del estudio, Elisa Bolton y Ariel J. Lang para poder incluir pacientes con depresión y otros con ansiedad. Las técnicas utilizadas en esta terapia fueron la psicoeducación acerca de los diagnósticos y la discusión de los estresores diarios. Al mismo tiempo podían incluir intervenciones de apoyo pero evitando aquellas estrategias específicas para la reducción de síntomas como

por ejemplo, las cognitivo conductuales o la implementación de estrategias de la terapia de aceptación y compromiso.

Los resultados obtenidos en el estudio de Lang et al, (2017) indican que 131 (82%) de los 160 participantes presentaban TEPT, seguido de TDM (54%) y agorafobia (43%), mostrando el 25% de ellos una mejoría fiable en el seguimiento a los 12 meses en ambas terapias. No se encontraron diferencias entre los resultados obtenidos en ambos tratamientos, exceptuando que la mejoría en las medidas de insomnio fueron superiores en la terapia de aceptación y compromiso.

Tabla 11. Estudios grupales sobre la eficacia y la efectividad de las terapias psicológicas en víctimas de eventos traumáticos a muy largo plazo

Referencia	Tipo Trauma	Víctimas	Trastornos psicológicos principales	Tratamiento psicológico	Medidas	Resultados a Corto Plazo	Resultados a medio y largo plazo
Cahill., 2003	Víctimas de asaltos	67 mujeres	TEPT	EP. N=19 SIT. N=18 EP/SIT. N=17 L.E. N= 13 9 sesiones dos veces por semana de 90-120 min.	PSS-I STAXI BDI STAI	Mejoría para los tres tratamientos activos, no así para el tratamiento de lista de espera	12 meses Se mantienen los logros obtenidos en el postratamiento
Carlsson., 2010	Refugiados	69 personas	TEPT TDM Ansiedad	Programa de rehabilitación (psicoterapia, fisioterapia, asistencia médica y asistencia social)	HTQ HSCL-25 HDS WHOQOL-Bref	No se especifica	23 meses Los participantes mejoran con respecto al seguimiento a los 9 meses
Echeburúa., 1996	Maltrato doméstico	62 mujeres	TEPT	Programa muticomponente (expresión emocional, reevaluación cognitiva, entrenamiento en HH de afrontamiento). N=62. 12 sesiones	Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT STAI BDI Escala de Autoestima Escala de Inadaptación	Postratamiento 95% ausencia de diagnóstico	12 meses 97% ausencia de diagnóstico

Referencia	Tipo Trauma	Víctimas	Trastornos psicológicos principales	Tratamiento psicológico	Medidas	Resultados a Corto Plazo	Resultados a medio y largo plazo
Echeburúa, <i>et al.</i> , 1996b	Víctimas de agresiones sexuales recientes	20 mujeres	TEPT	TCC (Reestructuración cognitiva y entrenamiento en resolución de problemas). N= 10 Entrenamiento en relajación progresiva N= 10. 5 Sesiones de una hora.	Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT MFS-III Escala de Inadaptación BDI STAI	Mejorías similares para ambas modalidades de tratamiento	12 meses La mejorías se mantienen de forma más elevada en cuanto a sintomatología de TEPT en el tratamiento de reestructuración cognitiva y entrenamiento en resolución de problemas
Echeburúa., 1997	Víctimas de agresiones sexuales no recientes	20 mujeres	TEPT	Exposición y reestructuración cognitiva. N=10 Entrenamiento en relajación progresiva. N= 10. 6 Sesiones de una hora.	Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT MFS-III Escala de Inadaptación BDI STAI	Ausencia de diagnóstico de TEPT en el 90% de los participantes del grupo de TCC y 10% en el grupo de relajación progresiva	12 meses Ausencia de diagnóstico de TEPT en el 100% de los participantes del grupo de TCC y 40% en el grupo de relajación progresiva

Referencia	Tipo Trauma	Víctimas	Trastornos psicológicos principales	Tratamiento psicológico	Medidas	Resultados a Corto Plazo	Resultados a medio y largo plazo
Echeburúa., 2013	Víctimas de agresiones sexuales en la vida adulta	138 mujeres	TEPT	TCC. N = 138 10 sesiones de una hora de forma semanal.	Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT MFS-III Escala de Inadaptación BDI HDRS STAI Escala de autoestima	Ausencia de diagnóstico de TEPT para el 100% de los casos Mejora del malestar emocional en el 65,6% de los casos Normalización de la conducta sexual en el 60% de los casos (N= 10)	Ausencia de diagnóstico de TEPT para el 88,9% de los casos Mejora del malestar emocional en el 87,5% de los casos Normalización de la conducta sexual en el 90% de los casos (N= 10)

Referencia	Tipo Trauma	Víctimas	Trastornos psicológicos principales	Tratamiento psicológico	Medidas	Resultados a Corto Plazo	Resultados a medio y largo plazo
Foa., 2005	Víctimas de violaciones, asaltos no sexuales y abuso sexual en la infancia	179 mujeres	TEPT	EP + RC. N= 44 EP. N= 52 L.E. N= 26 8 sesiones individuales de 90-12 min	PSS-I BDI SAS PSS-SR	No hubo diferencias significativas entre el tratamiento de exposición prolongada con o sin reestructuración cognitiva, pero sí entre estos y el grupo lista de espera	12 meses Los logros obtenidos en el tratamiento no sólo se mantienen, sino que mejorar ligeramente
Hagl., 2015	Post-guerra en Bosnia	119 mujeres (62 viudas y 57 con maridos desaparecidos)	TEPT Duelo complicado	Cuasi aleatorio Exposición dialógica. N=60 Grupo de apoyo. N=59 12 grupos de trat. Con 10 mujeres cada uno (7 sesiones DE 120 min)	PDS GHQ-28 IES GI	Mejora en ambos grupos	No diferencias entre completos e intención de tratar. Las ganancias se mantienen y no hay diferencias entre el postrat. y el seguimiento.

Referencia	Tipo Trauma	Víctimas	Trastornos psicológicos principales	Tratamiento psicológico	Medidas	Resultados a Corto Plazo	Resultados a medio y largo plazo
Johnson., 1996	Veteranos de guerra de Vietnam	51 hombres	TEPT	Tratamiento cognitivo conductual Cohortes de 14 para sesiones semanales durante 15 semanas.	Misissip Scale for PTSD Revised Addiction Severity Index Combat Exposure Scale BSI Laufer-Parson Guilt Inventory		14 meses Empeoran los síntomas con respecto al pretratamiento Reducen sus conflictos por violencia Mejoran sus relaciones familiares
Kaslow., 2010	Violencia de pareja	208 mujeres	Ideación suicida Síntomatología postraumática Síntomatología depresiva	NIA. N= 130 Tratamiento habitual. N= 87	BSS BDI-II DTS BSI-GSI	Ambos tratamientos disminuyen la sintomatología	12 meses El grupo NIA muestra depresión menos severa y menor ideación suicida que el grupo TAU Ligero aumento de la sintomatología con respecto al postratamiento

Referencia	Tipo Trauma	Víctimas	Trastornos psicológicos principales	Tratamiento psicológico	Medidas	Resultados a Corto Plazo	Resultados a medio y largo plazo
Lang., 2017	Veteranos de Iraq y Afganistán	160 hombres	Ansiedad Depresión Más frecuente TEPT, seguido de TDM y seguido de agorafobia	Terapia de aceptación y compromiso. ACC. N=80 Terapia centrada en el presente. N=80 12 sesiones de una hora	BSI-18 SDS AUDIT PHQ-9 PCL-M DAR-II WHOQOL SF-12 AAQ-II	Mejoran en los dos tratamientos sin diferencias entre las dos terapias. Únicamente en ACC mejoran más en insomnio.	12 meses 25% mostraron mejoría fiable, ninguno mostró empeoramiento
Morrissey., 2005	Historia de abuso físico o psicológico	2.026 mujeres	TEPT Abuso de alcohol Abuso de drogas	Tratamiento de corte cognitivo conductual N= 1.028 Tratamiento habitual. N= 1.008 De 12 a 33 sesiones de 1 o 2 horas, una o dos veces por semana	ASI-D GSI PSS	Mejoría significativa en trauma y salud mental	12 meses se mantiene 71%

Referencia	Tipo Trauma	Víctimas	Trastornos psicológicos principales	Tratamiento psicológico	Medidas	Resultados a Corto Plazo	Resultados a medio y largo plazo
Nixon., 2016	Agresiones sexuales	47 personas	TEPT Síntomatología depresiva Síntomatología ansiosa Consumo de sustancias	Terapia de procesamiento cognitivo. N=25. 6 sesiones semanales de 1 hora. Tratamiento habitual. N=22	CAPS PCL MINI BDI-II	Reducción del TEPT en ambas condiciones de tratamiento	12 meses Se mantienen las reducciones del TEPT en ambas condiciones de tratamiento
Reeler., 1998	Tortura en Zimbabue	15 personas del Mount Darwin District	Diagnósticos crónicos	Psicoeducación y terapia de solución de problemas. N=15 60-90 min por sesión.	SRQ-20 CAPS	Mejoría en todas las medidas	12 meses La mejoría se incrementó en este seguimiento y en el anterior de 6 meses

Nota. AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire—II (AAQ-II; Bond et al., 2011). AAS = Appetitive Aggression Scale (AAS), los cuales son comparables a los requisitos utilizados por Köbach, Schaal, Hecker et al. (2015) y Hermenau et al. (2013). ASI, ASI-A, ASI-D = Addiction Severity Index, primera (McLellan, Luborsky, Woody et al., 1980) y segunda edición (McLellan et al., 1985). AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test (Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001). BDI= Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh). BDI-II = Depression Inventory (Beck, Steer y Brown, 1996). BSI-18 = Brief Symptom Inventory (Derogatis, 2001). BSI-GSI = Global Severity Index of the Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1993). BSS = Scale for Suicidal Ideation (Beck y Steer, 1991). CAPS = Clinician Administered PTSD scale (Blake et al., 1995). DTS = Davidson Trauma Scale (Davidson, 2003). EP = Exposición prolongada. GHQ-28 = General Health Questionnaire (GHQ-28; Goldberg & Hillier, 1979). GAF = Global Assessment of Functioning (American Psychiatric Association, 1994). GI = Grief Inventory (GI), predecessor del de 28-item (Layne, Savjak, Saltzman y Pynoos, 2001). GSI = Índice de gravedad global del Brief Symptom Inventory (Derogatis y Spencer, 1982). HDS = (Bech et al., 1986; Bech, 1993). HAM-A = Hamilton Anxiety Scale (Hamilton, 1969). HAM-D = Hamilton Rating Scale for

Depression (Hamilton, 1960). HDRS = Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton (Hamilton, 1967). HSCL-25 = Hopkins Symptoms Checklist-25 (Derogatis et al., 1974; Mollica et al., 1996b). HTQ = Harvard Trauma Questionnaire (Mollica et al., 1992). IES = Impact of Event Scale (Horowitz, Wilner y Alvarez, 1979). ISI = Insomnia Severity Index (Bastien, Vallieres y Morin, 2001). L. E. = Lista de espera. MFS-III: Escala de miedo modificada (Veronen y Kilpatrick, 1980). MINI = MINI International Neuropsychiatric Interview (Sheehan, Lecrubier et al., 1997). PHQ-9 = Patient Health Questionnaire (Kroenke, Spitzer y Williams, 2001). PCL-M = PTSD Checklist Military Version (Weathers, Litz, Huska y Keane, 1994). PDS = Post-trauma Diagnosis Scale (Foa et al., 1997). PSS-I = PTSD Symptom Scale-Interview (Foa et al., 1993). PSS-SR= PTSD Symptom Scale-Self-Report (Foa et al., 1993). SAS= Social Adjustment Scale (Weissman y Paykel, 1974). SDS= Sheehan Disability Scale (Sheehan, Harnett-Sheehan y Raj, 1996). SF-12 = versión abreviada del Short Form 36 Health Survey (Ware, Kosinski y Keller, 1996). SIT = Entrenamiento en inoculación del estrés. SRQ-20 = Self-Reporting Questionnaire (Hall y Williams, 1987). STAI= State- Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). STAXI = State-Trait Anger Expression Inventory (Spielberger, 1988). TDM = trastorno depresivo mayor. TCC = Terapia cognitivo conductual. TEPT = trastorno por estrés postraumático. WHOQOL-BREF = World Health Organization Quality of Life measure, version abreviada (Skevington, Lofty y O'Connell, 2004; Orley et al., 1998; WHOQOL Group, 1998).

En el octavo estudio (Nixon et al., 2016) comprobó la eficacia de la terapia de procesamiento cognitivo comparado con el tratamiento habitual, 47 personas que habían sufrido agresiones sexuales, fueron aleatorizadas a las dos modalidades de tratamiento. Un primer grupo de 24 personas que recibieron terapia de procesamiento cognitiva basado en técnicas de reestructuración cognitiva y la redacción o relato del evento traumático. Un segundo grupo de 22 personas que recibieron tratamiento habitual consistente en psicoeducación, apoyo, resolución de problemas, terapia interpersonal, elementos del mindfulness y discusión sobre pensamientos y emociones.

Los resultados del estudio de Nixon et al., (2016) muestran que tras doce meses de haber finalizado el tratamiento, ambas condiciones de tratamiento presentan reducciones en el TEPT con tamaños del efecto grandes ($R.C = 1,25$; $T.A = 0,88$), lo mismo sucede con la sintomatología depresiva, aunque este caso el tamaño del efecto fue mediano para el tratamiento habitual ($R.C = 0,86$; $T.A = 0,49$).

Combinando los resultados de los ocho estudios mencionados, se puede estimar el grado de eficacia de las terapias psicológicas aplicadas para el TEPT en víctimas adultas de eventos traumáticos cometidos de forma intencionada por el ser humano en términos del porcentaje de participantes que en el postratamiento presentan una mejoría clínicamente significativa calculando la media de dichos porcentajes en cada estudio ponderada por el número de pacientes de los mismos. Estos datos se recogen en la [tabla 12](#) y a partir de ellos se puede estimar, con la limitación en mente de que las definiciones de mejoría clínicamente significativas no son las mismas en cada estudio ([tabla 11](#)) y que no se han podido obtener datos de la mitad de los estudios, que tras recibir terapia cognitivo conductual u otras terapias psicológicas (terapias de tercera generación, Lang, et al., 2017), el 14,4% de las víctimas adultas que han experimentado situaciones traumáticas y que sufren TEPT, mejoran. Si sólo tenemos en cuenta los

cuatro estudios de los que tenemos datos de recuperación, ese porcentaje ascendería hasta al 37,44%, además, cabe reseñar que la eficacia de las terapias de tercera generación es mucho menor que la obtenida por las terapias cognitivo conductuales.

Combinando de forma parecida los resultados de los ocho estudios de eficacia, también se puede estimar la tasa de abandono terapéutico en las víctimas adultas de eventos traumáticos que sufren TEPT y reciben terapia cognitivo conductual u otro tipo de terapias psicológicas, de forma que como se recoge en la [tabla 12](#), se podría estimar que el 34% de los participantes abandonan la terapia bien durante la misma o bien en sus seguimientos hasta llegar al año de los mismos en las terapias psicológicas en el colectivo de víctimas de trauma causados de forma intencionada por el ser humano.

4.2. Efectividad o utilidad clínica de los tratamientos para el TEPT en víctimas adultas de eventos traumáticos

En la [tabla 11](#) se presentan las principales características y resultados de los seis estudios sobre el tratamiento del TEPT en víctimas adultas de eventos traumáticos que reúnen muchas de las características de los estudios de utilidad clínica.

Un primer estudio de Carlsson et al., (2010) analizó la efectividad de un programa de rehabilitación multidisciplinar en refugiados víctimas de tortura, las 69 víctimas que aceptaron realizar el programa recibieron psicoterapia, fisioterapia, asistencia médica y asistencia social. Además, algunos de ellos recibieron tratamiento psicofarmacológico siendo el más frecuente un inhibidor de la recaptación de serotonina u otros antidepresivos.

En los resultados del estudio se recogen los datos de 45 víctimas ya que 10 personas no realizaron el seguimiento a los 23 meses y otras 12 personas aún no habían

finalizado el tratamiento cuando se realizó dicho seguimiento. Carlsson et al., (2010) muestran que existen diferencias significativas entre el pretratamiento y el seguimiento a los 23 meses en todas las medidas, e incluso entre el seguimiento a los 9 meses y el seguimiento a los 23 meses, siendo en ambos casos el tamaño del efecto pequeño.

Un segundo estudio de Echeburúa et al., (1996) se realizó con un diseño experimental de medidas repetidas con el fin de corroborar la eficacia de un programa multicomponente de corte cognitivo conductual para el TEPT en mujeres víctimas de violencia doméstica que habían experimentado maltrato psicológico y la mayoría de ellas (60%) maltrato físico. Las 62 mujeres recibieron el tratamiento de forma individual durante 12 sesiones. El tratamiento estaba formado por cuatro componentes: el primero, la expresión emocional, permitía a las participantes contar lo ocurrido así como expresar sus sentimientos y cogniciones al respecto, facilitando el desahogo emocional; el segundo, la reevaluación cognitiva, se enfocaba en tres puntos, la explicación de las reacciones normales de una experiencia de maltrato así como del proceso de adquisición y mantenimiento de los miedos, la discusión cognitiva para eliminar las ideas irracionales y el tercero, resituar el acontecimiento traumático, analizar las facetas de la convivencia conyugal y la situación de los hijos, y apoyar a la víctima a continuar con su vida; el último componente era el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento para la adopción de medidas urgentes, el entrenamiento en relajación, la enseñanza de habilidades de solución de problemas, la recuperación de las actividades gratificantes y la red de apoyo social, el fomento de conductas de independencia y autonomía, y el afrontamiento de conductas evitadas y/o de las preocupaciones reiterativas.

Los resultados del estudio de Echeburúa et al., (1996) mostraron que a los 12 meses de la finalización del tratamiento, las participantes no presentaban diagnóstico en un 97% de los casos, habiendo aumentado este porcentaje del obtenido en el postratamiento (95%).

Un tercer estudio de Echeburúa et al., (2013) analizó la efectividad de la terapia cognitivo conductual en víctimas de agresiones sexuales. El programa de evaluación y tratamiento del presente estudio se puso a prueba en dos estudios pilotos anteriormente mencionados (Echeburúa, et al., 1996b; Echeburúa, Corral et al., 1997). En el presente estudio 138 recibieron terapia cognitivo conductual durante 10 sesiones de una hora de forma individual y semanal. El programa constaba de dos partes, la primera centrada en la intervención motivacional y la segunda, dividida en tres niveles, centrada en la catarsis emocional (primer nivel), la adquisición de estrategias urgentes de afrontamiento del proceso jurídico-penal, la intervención psicoeducativa, la reevaluación cognitiva (segundo nivel), y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento (tercer nivel).

Los resultados del estudio de Echeburúa, et al., (2013) muestran que en el seguimiento al año, un 88,9% de las víctimas con diagnóstico de TEPT que completaron el tratamiento (N= 32) ya no presentaban diagnóstico de TEPT. Además, de las mujeres que completaron el tratamiento y habían manifestado malestar emocional (N= 42), el 87,5% ya no lo presentaban. Es más, y aunque este dato debe ser tomado con mucha cautela debido al tamaño de la muestra (N= 10), el 90% de las personas cuya conducta sexual no estaba normalizada, la normalizaron en el seguimiento al año.

En el estudio de utilidad clínica de Johnson et al., (1996) se distribuyeron 51 veteranos de la guerra de Vietnam en cohortes de 14 y recibieron tratamiento durante 15 semanas. El tratamiento de corte cognitivo conductual estaba compuesto por tres fases,

la primera preparaba a los veteranos a examinar sus experiencias traumáticas a través del entrenamiento en relajación, el sueño y el manejo de la ira, así como una revisión de su vida y sus enfermedades, al mismo tiempo, se utilizaba el arte creativo para incrementar la expresión de las emociones. La segunda fase se centraba en una revisión del trauma tanto en grupo como de forma individual, así como técnicas de reestructuración cognitiva. La tercera fase, se centraba en terapia familiar, en la inclusión del veterano en la comunidad y en la planificación del futuro.

Los resultados del estudio de Johnson et al., (1996) mostraron que a los 18 meses tras la admisión en el programa (unos 14 meses tras postratamiento), los participantes habían empeorado sus síntomas con respecto al momento de admisión, y habían reducido sus conflictos por violencia, mejorado sus relaciones familiares y su sentimiento de cercanía hacia otras personas.

Un quinto estudio fue realizado por Morrissey et al., (2005) con un diseño cuasi experimental y una muestra de 2.026 mujeres con trastornos mentales con una historia de abuso físico o sexual en varios centros (The Woman, Co-occurring Disorders, and Violence Study) de diferentes estados de Estados Unidos (EEUU), más específicamente California (dos centros), Colorado, Florida, Massachusetts (tres sitios), la ciudad de Nueva York y Washington, D.C. Todas las mujeres presentaban de manera comórbida problemas de salud psicológica, específicamente TEPT y abuso de sustancias o alcohol, y fueron comparadas con mujeres que acudieron a servicios de atención similares a la muestra y donde recibieron tratamiento habitual, que en ningún caso fue un tratamiento específico en trauma. Las mujeres de la condición de tratamiento recibieron un tratamiento específico en trauma que difería en función del centro donde se le aplicara, pero todos ellos tenían elementos en común y estaban manualizados. Los tratamientos

utilizados fueron el Addiction and Recovery Integration Model (ATRIUM) en uno de los centros (Miller, D., Guidry, L., 2001) el Seeking Safety Model en cuatro de los centros (Najavits, L., 2002), el Trauma Recovery and Empowerment Model (TREM) en tres de los centros (Harris, M., 1998) y un modelo híbrido denominado Triad en otro centro (Clark C., Fearday, F., 2001). Todas las intervenciones se centraron en el mantenimiento de la seguridad personal, en empoderar a la víctima y dotarla de habilidades de afrontamiento, y ayudar a entender los vínculos entre el abuso de sustancias y los problemas de salud mental o síntomas traumáticos.

Los resultados del estudio de Morrissey et al., (2005) confirmaron la efectividad de las terapias centradas en el trauma para los síntomas postraumáticos y la salud mental. Los pacientes que recibieron la terapia mejoraron de forma estadísticamente significativa en comparación con los pacientes del grupo de control de tratamiento habitual, mostrando cambios pre-seguimiento (12 meses) de tamaño pequeño para la salud mental y los síntomas postraumáticos (es decir con un tamaño del efecto intragrupo $< 0,20$), no así para el abuso de sustancias o alcohol que se mantuvo igual antes del tratamiento que seis meses después de este. De hecho, teniendo en cuenta la mejoría clínicamente significativa, un 71% de la mujeres que presentaban síntomas severos en el PSS los disminuyeron a moderadamente severos a los 12 meses tras el tratamiento, además un porcentaje mayor de mujeres del grupo de intervención (30%) mejoraron sus síntomas postraumáticos frente al grupo de comparación (21%). Resultados similares se obtuvieron en las medidas de salud mental donde el 30% de las mujeres del grupo de intervención mostraron una disminución de grave a moderada de estrés frente al 16% del grupo de comparación, y un 48% de las participantes del grupo de intervención mostraron una disminución de moderadamente severa a baja en la línea de base de los síntomas de salud mental frente al 32% del grupo de comparación.

El sexto y último estudio fue realizado por Reeler y Mbape, (2005) con una muestra de 15 participantes con trastornos mentales que habían sufrido una historia de tortura física y psicológica durante 20 años en Zimbabue. Antes de comenzar la terapia los pacientes habían completado una evaluación de dos o tres sesiones de una hora cada una de ellas, tras la cual recibieron terapia individual de entre 60-90 minutos la sesión. La terapia se encontraba distribuida en cuatro fases, en la primera se explicaba el significado de la terapia y la importancia de recuperar aspectos de la entrevista, en la segunda fase recibían psicoeducación sobre el trauma al mismo tiempo que se exploraban los problemas actuales y sus consecuencias, en la tercera fase se identificaba el problema principal y se buscaba una solución al mismo, en la cuarta y última fase consistía en una revisión de la terapia y prevención de recaídas.

Los resultados del estudio de Reeler y Mbape, (2005) muestran que los participantes mejoraron en todas las medidas, de forma más leve en el primer seguimiento a los tres meses, y de forma mucho más intensa a los seis y doce meses de seguimiento, más específicamente las medidas en la CAPS disminuyeron a cero. Además, un número sustancial de participantes del grupo ya no presentaban TEPT en estos últimos momentos de medida. No obstante, estos datos deberían de tomarse con cautela debido tanto a la falta de un grupo de comparación y a la pequeña muestra.

Los resultados de los estudios de efectividad son positivos (ver [tabla 11](#)), con una tasa de mejoría clínicamente significativa para el TEPT del 63,28%, una tasa media muy superior a la encontrada en los estudios de eficacia ([tabla 12](#)). Las tasas de abandono fueron ligeramente inferiores en los estudios de efectividad o utilidad clínica frente a los estudios de eficacia (30,43% frente a 34,02%; [tabla 12](#)).

Tabla 12. Eficacia frente a la utilidad clínica en el seguimiento a un año o más del tratamiento psicológico del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en víctimas de eventos traumáticos: mejoría clínicamente significativa y abandono terapéutico en el postratamiento.

Estudio	N	% de pacientes con mejoría clínicamente significativa en el TEPT en seguimiento al año	% de abandonos terapéuticos en seguimiento al año
Estudios de eficacia			
Cahill <i>et al.</i> (2003)	67	s.d.	25,37%
Echeburúa, <i>et al.</i> (1996b)	20	90%	0%
Echeburúa <i>et al.</i> (1997)	20	70%	0%
Foa <i>et al.</i> (2005)	89/179 ^a	s.d	32,40%
Hagl <i>et al.</i> (2014)	74/119 ^b	s.d	43,69%
Kaslow, 2010	130	s.d	58,46%
Lang <i>et al.</i> (2017)	160	25%	18,13%
Nixon <i>et al.</i> (2016)	25	49%	52%
Subtotal y % medio	585/720 ^c	37,44%	34,02%
Estudios de efectividad			
Carlsson <i>et al.</i> (2010)	45/55 ^d	37,8%	18,18%
Echeburúa <i>et al.</i> (1996)	62	97%	3,23%
Echeburúa <i>et al.</i> (2013)	36/51 ^e	88,9%	29,4%
Johnson <i>et al.</i> (1996)	51	12%	0%
Morrissey <i>et al.</i> (2005)	180/709 ^f	71%	34,99%
Reeler <i>et al.</i> (1998)	15	100%	20%
Subtotal y % medio	605/1688 ^g	63,28 %	30,43%
Total y % medio	1190/2.408 ^h	45,16 %	34,19%

Notas: Sólo se han tenido en cuenta los datos de las participantes que tenían TEPT. s.d.= sin datos. ^b Se ha tenido en cuenta a la muestra completos para el seguimiento a los 12 meses. ^{a, b, c, d, e, f, g, h} La primera muestra se corresponde al porcentaje de recuperación mientras que la segunda se corresponde con la muestra valorable para los abandonos.

4.3. Seguimiento a muy largo plazo del tratamiento de otros trastornos mentales en víctimas adultas de eventos traumáticos

La mayoría de los estudios citados en el presente trabajo analizan sino de forma directa (Halg., 2015; Kaslow., 2010; Lang., 2017) de forma algo más indirecta otro tipo de problemática psicológica, encontrando la mayoría de ellos diferencias significativas en la evaluación pretratamiento y la evaluación del seguimiento al año a favor de la

aplicación de las terapias psicológicas, encontrando tamaños del efecto desde pequeños (0,3; Carlsson et al., 2010) hasta elevado (0,86; Nixon et al., 2003). Lo mismo ocurre con la sintomatología ansiosa, que es evaluada de forma transversal, obteniendo también muy buenos resultados con la terapia cognitivo conductual (31% de la muestra mejora, Morrissey et al, 2005), con tamaños del efecto que oscilan desde pequeño (Foa et al., 2005) hasta elevado (0,80; Cahill et al., 2003). No sólo son analizados estos problemas, sino también la ira, el abuso de sustancias, la ideación suicida, el duelo complicado e incluso la autoestima. No obstante, muy por debajo de cómo es valorado y analizado el TEPT en los diferentes programas de los estudios citados.

Por tanto, y hasta que haya estudios específicos al respecto, el tratamiento de elección que debe aplicarse a las víctimas de eventos traumáticos que presentan otros trastornos psicológicos distintos del TEPT serían los que actualmente gozan de mayor aval empírico y los que son recomendados por las guías de buena práctica clínica. Si bien en los estudios analizados no se incorporaron técnicas específicas para abordar la presencia de otros trastornos diferentes del TEPT, es cierto que muchas de las terapias, como por ejemplo, la terapia cognitivo conductual con el componente de la reestructuración de creencias erróneas puede mejorar los síntomas depresivos que se presenten de manera comórbida con el TEPT, siendo la mayoría de los estudios analizados los que aplicaron esta técnica en alguno de sus grupos de tratamiento.

4.4. Conclusiones y consideraciones sobre la eficacia y efectividad o utilidad clínica de los tratamientos en víctimas de eventos traumáticos

A pesar de todos los avances realizados en cuanto a la eficacia y la efectividad o utilidad clínica de los tratamientos para el TEPT en víctimas de eventos traumáticos, apenas se han realizado estudios sobre la eficacia o utilidad clínica de dichos tratamientos tras 12 meses o más de haber finalizado el mismo. Los resultados de este capítulo indican que las terapias de elección para el TEPT que han sido objeto de estudio a muy largo plazo son la terapia cognitivo conductual más específicamente aquellas que incluyen técnicas de exposición y reestructuración cognitiva, con resultados positivos a muy largo plazo en la mayoría de los estudios no sólo para el TEPT sino también para la sintomatología depresiva y ansiosa, entre otras, exceptuando en el estudio de utilidad clínica de Johnson et al., (1996) en el que los participantes empeoraron a largo plazo en su sintomatología postraumática con respecto al momento de evaluación inicial, si bien mejoraron en otras variables medidas como el nivel de violencia, los problemas familiares o el número de personas con las que se sienten cercanos, lo que muestra por tanto que dicha terapia mejora la calidad de vida de las personas víctimas de eventos traumáticos.

Por otro lado, la terapia cognitivo conductual y la terapia de exposición analizadas en esta revisión, mostraron tasas de abandono terapéutico con una media de casi el 32%, algo superior a las encontradas en los meta-análisis de Bradley et al. (2005) de un 21,1%, de Imel, Laska, Jakupcak y Simpson (2013) de un 18,3%, de Ehring, Welboren, Morina, Wicherts, Freitag y Emmelkamp (2014) y de Kline, Cooper, Rytwinski y Feeny (2018) ambas de un 22,2%. Estos datos también apoyarían la

conclusión de que las técnicas utilizadas en estos estudios son las terapias de primera elección en víctimas de eventos traumáticos con TEPT comórbido con otra sintomatología. De todas formas, el abandono terapéutico es uno de los aspectos que debería trabajarse en futuras investigaciones.

No obstante, aunque la mayoría de las conclusiones son positivas, deben tomarse con cautela debido al reducido número de estudios realizados sobre el tratamiento del TEPT en víctimas de eventos traumáticos a muy largo plazo, únicamente 14, y a que en uno de los estudios de utilidad clínica (Johnson et al., 1996) los resultados fueron positivos a corto plazo pero negativos a muy largo plazo, quizá debido a las ganancias secundarias que los participantes podían obtener de su discapacidad puesto que en el momento del seguimiento, un 35% de participantes recibieron más de un 50% de calificación de discapacidad, en comparación con el 24% en el momento de la admisión en el estudio.

Teniendo en cuenta que el TEPT no es el único trastorno mental derivado de un evento traumático o que en muchas ocasiones se manifiesta comórbido a otros trastornos psicológicos, la investigación futura debería centrarse en elaborar terapias específicas para otros trastornos mentales como el TDM, otros trastornos de ansiedad, duelo patológico y consumo de sustancias entre otros, que muestren su eficacia a muy largo plazo, teniendo necesariamente en cuenta los estudios que han mostrado su eficacia o utilidad clínica para este tipo de trastornos y aquellos que son recomendados por las guías de buena práctica clínica.

Por último, aunque la presente revisión se ha centrado en víctimas de eventos traumáticos provocados realizados de forma intencionada, cabe reseñar que sería importante realizar varias investigaciones a muy largo plazo que no sólo utilicen

terapias avaladas científicamente sino que también desarrollen programas diferenciados para cada colectivo de víctimas (veteranos de guerra, abusos físicos, abusos sexuales, víctimas del terrorismo, violencia doméstica, tortura, etc.), ya que cada uno de ellos muestra características específicas en función del tipo de trauma vivido.

Capítulo 5.

Resumen de la parte teórica

En lo que llevamos de siglo, sin tener en cuenta los datos del pasado año 2019 que aún se están cuantificando, son más de 85.000 los atentados terroristas cometidos, los cuales registran más de 220.000 vidas [*National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism* START, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018], y muchas más las vidas afectadas por la pérdida de un ser querido, ya que tan sólo atribuyendo 3 familiares de primer grado a la cifra anterior de fallecidos, podríamos deducir que más de 660.000 personas se han visto afectadas por un atentado terrorista, todo esto sin contar con los familiares de segundo grado, amigos, voluntarios o personal de emergencias, lo que incrementaría enormemente la cifra estimada y es evidencia más que suficiente para catalogar al terrorismo uno de los problemas mundiales más graves.

Los últimos datos registrados en *Global Terrorism Database (GTD)*, recopilados y analizados por *National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism* (START, 2019), indican que durante el año 2018 se realizaron 8.093 ataques terroristas que produjeron 32.834 muertes, lo que supone un incremento del 4,58% de muertes con respecto al años anterior, después de haber pasado por tres años consecutivos de descenso en el número de ataques y muertes por terrorismo a lo largo del mundo desde el año 2014. Además, 22.651 personas resultaron heridas y se cometieron 3.534 secuestros, lo que supone un aumento del 14% en el número de heridos por ataque terrorista con respecto al año anterior.

Un acto de este tipo, cometido para generar terror, conlleva consecuencias psicológicas en las personas que lo sufren, en los equipos de rescate y posiblemente en la población general, objetivo final del acto terrorista. Así pues, aunque tras una situación traumática como es un atentado terrorista, la mayoría de personas no desarrollarán sintomatología o trastornos mentales, generándose lo que se conoce como crecimiento postraumático, hasta un cuarto de las personas que han sufrido un

acontecimiento traumático en su vida, desarrollará trastorno de estrés postraumático, lo mismo ocurre en víctimas de atentados terroristas, donde muchas de ellas sufrirán TEPT, entre otros trastornos, encontrándose estos porcentajes muy por encima de su prevalencia en la población general, la cual se ha estimado al año entre un 0,5% y un 3,5% en España y EEUU (Haro et al., 2006; Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005; the ESEMeD /MHEDEA 2000 Investigators, 2004, referenciados en García-Vera, Sanz y Gutiérrez, 2016).

Una de las consecuencias psicopatológicas más prevalentes y más estudiadas en víctimas de atentados terroristas es la sintomatología postraumática. Analizando los datos de prevalencia para el TEPT, según el meta-análisis de DiMaggio y Galea (2006) este obtuvo una prevalencia del 18% en los 8 estudios analizados en víctimas directas. No obstante, la actualización de este estudio que se realizó en la revisión de García-Vera y Sanz (2015), en la que se incluyeron 5 estudios más posteriores a dicho meta-análisis, muestra una prevalencia del 39,9% por lo que García-Vera y Sanz (2015) optaron por tomar una postura conservadora en la que indicaron que la prevalencia del TEPT para supervivientes de atentados terroristas, se situaba entre el 18 y el 40%. Además, encontraron que el personal de rescate y emergencia, y los empleados de los servicios de reconstrucción y limpieza presentaban una prevalencia del 16,8% en DiMaggio y Galea (2006) y del 12% en García-Vera y Sanz (2015).

En el caso específico de los trastornos depresivos, Salguero et al., (2011) estimaron una prevalencia de entre el 20-30% para las víctimas directas y del 4-10% para la población general. En cuanto a los trastornos de ansiedad diferentes del TEPT, la revisión de García-Vera y Sanz (2010), encontró que el trastorno más prevalente en los

supervivientes era la agorafobia (19,8%), seguido del TAG (6,9%) y del trastorno de angustia (6,1%).

Es necesario tener en cuenta que la presencia de algunos de los trastornos anteriormente mencionados se muestra en muchas ocasiones de manera comórbida o simultánea, siendo una de las formas más frecuentes la presencia de TEPT con TDM. No obstante, también se han encontrado comorbilidades con otros trastornos del eje I y con duelo complicado.

Así pues para poder ayudar a estas víctimas a recuperarse hemos de basarnos en aplicar los tratamientos con mayor aval empírico y que estén reconocidos en la guías de buena práctica clínica. Por ello, García-Vera et al. (2015) realizó una revisión sistemática en la que muestra que son solo cinco los estudios empíricos que han probado la eficacia de los tratamientos psicológicos en víctimas adultas de atentados terroristas con TEPT, con o sin comorbilidad, cuatro sobre la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (Difede, Cukor et al., 2007; Difede, Malta et al., 2007; Duffy, Gillespie y Clark, 2007; Bryant et al., 2011) y uno sobre la terapia de exposición prolongada (Schneier et al., 2012). A estos estudios se le suma el reciente sobre terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma de Gesteira Santos (2015).

Además de los estudios de eficacia, la revisión de García-Vera et al. (2015) indica que son solo tres los estudios que han mostrado la utilidad clínica de las terapias psicológicas para adultos víctimas de atentados terroristas con TEPT, y todos ellos se han centrado en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (Gillespie et al., 2002; García Vera y Romero Colino, 2004; Brewin et al., 2008). A estos tres estudios habría que añadir el reciente estudio de Moreno Pérez (2015), también sobre la efectividad o utilidad clínica de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma.

Tanto los estudios de eficacia como los de efectividad o utilidad clínica, además de ser pocos, se han realizado con víctimas de atentados terroristas relativamente recientes, además, la mayoría de estos estudios se han realizado en víctimas de atentados masivos y en países desarrollados. Así mismo, la mayoría de los tratamientos se centraron en el diagnóstico de TEPT, y aunque no dejaban de tener en cuenta que éste presentaba comorbilidad con otros trastornos, principalmente trastornos del estado de ánimo, utilizaron terapias empíricamente validadas para otras poblaciones en el tratamiento del TEPT. Así pues, todos los estudios se centraron en analizar la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, exceptuando el estudio de eficacia de Schneier et al., (2012) que analizó la combinación de la terapia de exposición con un psicofármaco, en este caso un fármaco inhibidor de la recaptación de serotonina.

Los resultados de todos los estudios anteriormente mencionados muestran que la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma es eficaz y tiene utilidad clínica. En el caso de los estudios de eficacia, se obtuvieron diferencias estadística y clínicamente significativas en el postratamiento entre el grupo experimental (tratamiento) y el grupo control (lista de espera o tratamiento habitual), a favor del primero.

Sin embargo, fueron muy pocos los estudios anteriormente mencionados que analizaron la terapia a muy largo, un año o más después de haber finalizado el tratamiento, mezclando además en dos de los tres estudios que la analizaron seguimientos a medio y largo plazo con los seguimientos a muy largo plazo. En el caso del tercer estudio la muestra era demasiado pequeña para poder ser generalizada. No obstante, estos estudios no sólo mostraron que las ganancias obtenidas en el tratamiento se mantenían a muy largo plazo, sino que en algunas medidas incluso mejoraban con respecto al postratamiento.

Puesto que los estudios que mostraban la eficacia o utilidad clínica de los tratamientos a largo plazo eran escasos, se decidió analizar la eficacia o utilidad clínica a muy largo plazo en víctimas adultas de eventos traumáticos producidos de forma intencionada, que presentaran trastornos psicológicos. Nuevamente, volvió a encontrarse que la mayoría de los estudios tenían como su objetivo principal el tratamiento del TEPT, aunque también tenían en cuenta la comorbilidad del mismo con otros síntomas o trastornos mentales como otros trastornos de ansiedad pero también abuso de alcohol o drogas, e ideación suicida. El análisis conjunto de dichos estudios muestra que tras recibir terapia cognitivo conductual u otras terapias psicológicas (terapias de tercera generación, Lang, *et al.*, 2017), el 38,24% de las víctimas adultas que han experimentado situaciones traumáticas y que sufren TEPT, mejoran. Además, en cuanto a otro tipo de problemática psicológica, como el TDM, la mayoría de los estudios analizados encontraron diferencias significativas en la evaluación pretratamiento y la evaluación del seguimiento al año a favor de la aplicación de las terapias psicológicas, encontrando tamaños del efecto desde pequeños (0,3; Carlsson *et al.*, 2010) hasta elevados (0,86; Nixon *et al.*, 2003). Lo mismo ocurre con la sintomatología ansiosa, que es evaluada de forma transversal, obteniendo también muy buenos resultados con la terapia cognitivo conductual (31% de la muestra mejora, Morrissey *et al.*, 2005), con tamaños del efecto que oscilan desde pequeño (Foa *et al.*, 2005) hasta elevado (0,80; Cahill *et al.*, 2003). No sólo son analizados estos problemas, sino también la ira, el abuso de sustancias, la ideación suicida, el duelo complicado e incluso la autoestima. No obstante, muy por debajo de como es valorado y analizado el TEPT en los diferentes programas de los estudios citados.

Los resultados de esta revisión indican que las terapias de elección para el TEPT que han sido objeto de estudio a muy largo plazo es la terapia cognitivo conductual más

específicamente aquella que incluyen técnicas de exposición y reestructuración cognitiva, con resultados positivos a muy largo plazo en la mayoría de los estudios no sólo para el TEPT sino también para la sintomatología depresiva y ansiosa, entre otras. Sin embargo, son necesarios más estudios que analicen su eficacia y/o utilidad clínica a muy largo plazo de forma más específica, en los diferentes trastornos psicopatológicos producidos por un atentado terrorista o por eventos traumáticos cometidos de forma intencionada por el ser humano. Además, de más estudios en esta misma dirección para el TEPT en víctimas de atentados terroristas.

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 6.

Objetivos e hipótesis

6.1. Objetivos

Tal y como hemos podido comprobar en el capítulo 2, apenas hay estudios que valoren la eficacia o la efectividad de los tratamientos empíricamente validados en víctimas del terrorismo a medio plazo y largo plazo, y menos aún a muy largo plazo, únicamente en el estudio de eficacia de Duffy et al., (2007) y los estudios de efectividad de Brewin et al., (2010) y Moreno Pérez, (2015), estudiaban la efectividad de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma en víctimas que habían sufrido un ataque terrorista al menos un año después de haber pasado por el proceso terapéutico. Además, en el estudio de Duffy et al., (2007) y en de Brewin et al., (2010) los seguimientos del año se encuentran mezclados con seguimientos realizados a medio y largo plazo, y en el estudio de Moreno Pérez, (2015) la muestra de víctimas que habían realizado el seguimiento un año después de la terapia tan sólo era de 21 participantes. Además, no hay ningún estudio hasta el momento de redacción del presente trabajo que analice la eficacia o la efectividad de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma en víctimas del terrorismo dos años después de haber realizado la terapia.

Sabiendo que desgraciadamente los atentados no cesan, que son 104 los países que en el año 2016 sufrieron la lacra terrorista (START, 2017), que muchas de las personas que los han sufrido no han recibido atención especializada, recordemos que sólo disponemos de once estudios sobre tratamientos psicológicos eficaces o efectivos en víctimas del terrorismo, cuatro de los cuales se han realizado en EEUU tras los ataques terroristas del 11-S, y que un acto terrorista es un atentado no sólo contra la persona que lo sufre sino contra toda una sociedad, tal y comentamos en el capítulo 1, el terrorismo se define como *“la comisión de cualquier delito grave contra la vida o la integridad física, la libertad, la integridad moral, la libertad e indemnidad sexuales, el*

patrimonio, los recursos naturales o el medio ambiente, la salud pública, de riesgo catastrófico, incendio, contra la Corona, de atentado y tenencia, tráfico y depósito de armas, municiones o explosivos, previstos en el presente Código, y el apoderamiento de aeronaves, buques u otros medios de transporte colectivo o de mercancías, cuando se llevaran a cabo con cualquiera de las siguientes finalidades:

1.ª Subvertir el orden constitucional, o suprimir o desestabilizar gravemente el funcionamiento de las instituciones políticas o de las estructuras económicas o sociales del Estado, u obligar a los poderes públicos a realizar un acto o a abstenerse de hacerlo.

2.ª Alterar gravemente la paz pública.

3.ª Desestabilizar gravemente el funcionamiento de una organización internacional.

4.ª Provocar un estado de terror en la población o en una parte de ella.”, se ha llevado a cabo el presente estudio, con el objetivo de contribuir al conocimiento sobre la efectividad a muy largo plazo, año y dos años, de los tratamientos psicológicos que se han mostrado eficaces, no solo para el TEPT, sino también para los trastornos depresivos, de ansiedad y sus comórbidos en víctimas del terrorismo directas e indirectas que sufrieron el atentado hace muchos años. En concreto, sobre la efectividad al año y los dos años de un protocolo de tratamiento de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, uno de los mejor establecidos (Foa y Rothbaum, 1998), que se completó con técnicas para el manejo de la sintomatología depresiva y ansiosa, con el fin de reducir no sólo la sintomatología de estrés postraumático sino también la anteriormente citada¹.

¹ Si se desea profundizar más en el protocolo de tratamiento aplicado en este estudio, puede remitirse a los trabajos de Gesteira Santos, (2015) y Moreno Pérez, (2015).

Puesto que el presente estudio muestra los resultados tanto de los participantes de un estudio de eficacia como participantes de un estudio de efectividad, la efectividad del tratamiento uno y dos años después de aplicado éste, se consideró en torno a tres índices: patológico, sintomatológico y de significación clínica. Además, para obtener unos resultados lo más estrictos posibles, se analizó la efectividad del tratamiento no solo para la muestra de personas que habían completado el tratamiento y los seguimientos (muestra de completos), sino también para aquellas personas que aceptaron el tratamiento pero no lo empezaron o no finalizaron el tratamiento y para aquellos que finalizaron el tratamiento pero que no realizaron los seguimientos (muestra de intención de tratar), y se estudió la posible interacción de la terapia farmacológica con la terapia psicológica.

De este modo, los objetivos específicos de este trabajo quedarían configurados de la siguiente manera:

1. Primer objetivo: Analizar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es efectiva a muy largo plazo (un año y dos años después de aplicado el tratamiento), para la reducción del TEPT, el TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades en aquellas personas que habían sufrido un atentado terrorista hacía muchos años:
 - a. Analizar la reducción del TEPT, el TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades en la muestra de completos.
 - b. Analizar la reducción del TEPT, el TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades en la muestra de intención de tratar.
2. Segundo objetivo: Analizar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es efectiva a muy largo plazo (un año y dos años después de aplicado el tratamiento), para la reducción de los niveles de sintomatología

postraumática, depresiva y ansiosa en aquellas personas que habían sufrido un atentado terrorista hacía muchos años:

- a. Analizar la reducción de los niveles de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa en la muestra de completos.
 - b. Analizar la reducción de los niveles de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa en la muestra de intención de tratar.
3. Tercer objetivo: Analizar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es clínicamente significativa a muy largo plazo (un año y dos años después de aplicado el tratamiento) en aquellas personas que habían sufrido un atentado terrorista hacía muchos años. Examinando si esta terapia da lugar a tamaños del efecto grandes, porcentajes altos de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y porcentajes grandes de personas que han mantenido los logros tras el tratamiento en los seguimientos.
 - a. Examinar los tamaños del efecto, los porcentajes de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y los porcentajes grandes de personas que han mantenido los logros tras el tratamiento en los seguimientos en la muestra de completos.
 - b. Examinar los tamaños del efecto, los porcentajes de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y los porcentajes grandes de personas que han mantenido los logros tras el tratamiento en los seguimientos en la muestra de intención de tratar.
4. Cuarto objetivo: Analizar si la combinación de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma con la terapia farmacológica es más

efectiva a muy largo plazo (un año y dos años después de aplicado el tratamiento) que la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma aplicada de manera aislada en término de reducción psicopatológica, reducción sintomatológica y significación clínica.

- a. Comparar los análisis de la combinación de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma con la terapia cognitivo conductual aplicada de manera aislada en términos de reducción psicopatológica, reducción sintomatológica y significación clínica en la muestra de completos.
- b. Comparar los análisis de la combinación de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma con la terapia cognitivo conductual aplicada de manera aislada en términos de reducción psicopatológica, reducción sintomatológica y significación clínica en la muestra de intención de tratar.

6.2. Hipótesis

Una vez revisada la literatura científica en los capítulos 1 y 2, y en función de los objetivos generales y específicos descritos en el apartado anterior, en el presente estudio empírico se planteó y se pusieron a prueba las siguientes hipótesis:

1. Primera hipótesis: La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma es efectiva en la reducción del TEPT, el TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comórbidos en víctimas del terrorismo a muy largo plazo, uno y dos años después de haber aplicado el tratamiento.

- a. El porcentaje de diagnóstico de TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comórbidos en los seguimientos al año y los dos años, será significativamente menor que en el pretratamiento, tanto en la muestra de completos como en la muestra de intención de tratar.
 - b. El porcentaje de diagnóstico de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad en los seguimientos al año y los dos años, será muy similar al obtenido en el postratamiento, tanto en la muestra de completos como en la muestra de intención de tratar.
2. Segunda hipótesis: La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma es efectiva en la reducción de los niveles de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa en víctimas del terrorismo a muy largo plazo, uno y dos años después de haber aplicado el tratamiento.
- a. El nivel medio de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa en los seguimientos al año y los dos años, será significativamente menor que en el pretratamiento, tanto en la muestra de completos como en la muestra de intención de tratar.
 - b. El nivel medio de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa en los seguimientos al año y los dos años, será muy similar al obtenido en el postratamiento, tanto en la muestra de completos como en la muestra de intención de tratar.
3. Tercera hipótesis: La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma será clínicamente significativa a muy largo plazo en víctimas del terrorismo, tras pasar uno o dos años de la aplicación de la terapia.

- a. Los tamaños del efecto, los porcentajes de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y los porcentajes de personas que han mantenido los logros tras el tratamiento en los seguimientos serán elevados en los seguimientos tanto en la muestra de completos, como en la muestra de intención de tratar.
 - b. Los tamaños del efecto, los porcentajes de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y los porcentajes de personas que han mantenido los logros tras el tratamiento en los seguimientos serán similares a los obtenidos en el postratamiento tanto en la muestra de completos, como en la muestra de intención de tratar.
4. Cuarta hipótesis: No se espera encontrar diferencias en el nivel de efectividad a muy largo plazo (uno o dos años tras el tratamiento) entre la aplicación aislada de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma y la aplicada junto con terapia farmacológica (terapia combinada).
- a. El porcentaje de diagnósticos de TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades en la terapia combinada no será significativamente menor en el grupo de terapia combinada frente al grupo de terapia aislada en los seguimientos del año y los dos años.
 - b. El nivel medio de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa del grupo de terapia combinada, no será significativamente menor que el del grupo de terapia aislada en los seguimientos al año y los dos años.
 - c. Los tamaños del efecto, los porcentajes de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y los porcentajes de personas mejoradas a muy largo plazo, en los seguimientos al año y los dos años, del grupo de

terapia combinada, no serán significativamente mayores que los obtenidos en el grupo de terapia aislada.

Capítulo 7.

Método

7.1. Participantes

El presente estudio forma parte de un proyecto de investigación más amplio que se viene realizando desde 2011 en colaboración con la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT) y con un doble objetivo. El primero, conocer la prevalencia del TEPT, del TDM y de los trastornos de ansiedad en víctimas de atentados terroristas, para lo cual se intentó realizar una entrevista telefónica de cribado (*screening*) y una entrevista diagnóstica presencial a todos los miembros de dicha asociación. El segundo, valorar la efectividad y eficacia de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCC-CT) en víctimas con dicha psicopatología, para lo cual se ofreció gratuitamente dicha terapia a todas las víctimas que recibieron un diagnóstico de alguno de esos trastornos emocionales. En relación con este segundo objetivo, se realizaron dos estudios, uno de efectividad llevado a cabo desde enero de 2011 hasta 2014 en las comunidades autónomas de Extremadura, Murcia, Valencia, Galicia y con algunos asociados de Madrid y Castilla-La Mancha (Moreno Pérez, 2015), y otro de eficacia llevado a cabo en la comunidad autónoma de Madrid desde marzo de 2012 hasta julio de 2015 (Gesteira Santos, 2015).

La muestra de víctimas del terrorismo que participó en el presente estudio estaba compuesta por todas las 211 víctimas que habían participado en esos dos estudios. A todas estas víctimas se les ofreció la TCC-CT y, para los propósitos del presente estudio, se intentó contactar y evaluar al año y a los dos años de acabar el tratamiento a todas las víctimas que lo habían iniciado. Además, en este estudio también se incluyeron las 31 víctimas pertenecientes a la AVT que, una vez acabados esos dos estudios, se evaluaron a continuación como parte del proyecto de investigación más amplio en el que se encuadraban dichos estudios. A estas 31 víctimas, que residían en

las comunidades autónomas de La Rioja y Madrid, se les aplicó el mismo protocolo de evaluación que en los dos estudios mencionados y también se les ofreció el mismo programa de TCC-CT. En resumen, la muestra total de víctimas del terrorismo que participó en el presente estudio estaba compuesta inicialmente por 242 víctimas directas o indirectas del terrorismo con un diagnóstico de TEPT, trastorno depresivo y/o trastorno de ansiedad a los que se ofreció la posibilidad de recibir tratamiento psicológico basado en la TCC-CT, y de las cuales 88 formaron parte del estudio de efectividad de Moreno Pérez (2015) y 123 del estudio de eficacia de Gesteira Santos (2015). De esas 242 víctimas, 116 rechazaron realizar el tratamiento y 126 lo iniciaron, y, de estas últimas, 82 completaron el tratamiento y 44 lo abandonaron. Por tanto, la muestra final que participó en el siguiente estudio estaba compuesta por las 126 víctimas que iniciaron el tratamiento, ya que esta muestra permitía evaluar la efectividad del tratamiento a largo plazo sobre la base tanto de las personas que completaron el tratamiento (análisis de los que completaron el tratamiento) como de las personas que iniciaron el tratamiento (análisis de intención de tratar).

Las principales características sociodemográficas y clínicas de las 126 víctimas que formaron la muestra final del presente estudio se recogen en la [tabla 13](#).

Tabla 13. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes

Características	Aceptan tratamiento año (n = 126)
Edad media	47,79
(desviación típica)	(12,76)
Mujeres	56,3
Con pareja	58,7
Sin estudios superiores	62,7
No trabajan	57,9
Media de años tras el atentado (desviación típica)	19,84 (10,84)
Tipo de víctimas	
- Herido	60,3
- Familiar de fallecido	27
- Familiar de herido	20,6
Grupo terrorista ETA	
- ETA	54
- Al Qaeda	34
- Otros	12
Recibieron ayuda psicológica tras atentado	57,1
Recibieron ayuda psiquiátrica tras atentado	61,1
Actualmente recibe ayuda psicológica	20,6
Actualmente recibe ayuda psiquiátrica	49,2
Diagnóstico	
- TEPT	63,5
- TDM	49,2
- Algún trastorno de ansiedad distinto al TEPT	69
- TEPT y TDM	39,7
- TEPT y otros trastornos de ansiedad	39,7
- TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad	25,4
- TDM y otros trastornos de ansiedad	31
Puntuación media PCL	46,29
(desviación típica)	(15,12)
Puntuación media BDI-II	22,15
(desviación típica)	(13,13)

Características	Aceptan tratamiento año (<i>n</i> = 126)
Puntuación media BAI (desviación típica)	21,02 (13,62)

Nota. Todos los valores son porcentajes salvo que se indique lo contrario. BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II. BAI = Inventario de Ansiedad de Beck. PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático. TMD = Trastorno Depresivo Mayor. TEPT = Trastorno de Estrés Postraumático. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$. **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$. ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

La edad de estas 126 víctimas que aceptaron realizar el tratamiento en el caso del seguimiento al año oscilaba entre los 18 y 73 años (media = 47,79; DT = 12,77), y la de las 116 víctimas que aceptaron realizar el tratamiento en el caso del seguimiento a los dos años oscilaba entre los 20 y 80 años (media = 48,66; DT = 12,58), el 56,3% en el seguimiento al año y el 56% en el seguimiento a los dos años eran mujeres, más de la mitad estaban casados/as o convivían con una pareja estable (58,7% al año, y 62,1% a los dos años), más de la mitad (62,7% al año y 64,7% a los dos años) no tenían estudios superiores (entendiendo por éstos la formación profesional de ciclo superior, diplomatura, licenciatura, grado, máster y doctorado) y más de la mitad (57,9% al año y 57,85 a los dos años) no trabajaban en el momento de la entrevista presencial, con un 18,3% de parados, un 15,1% dedicados a tareas del hogar, y 12,7% de jubilados por enfermedad, entre los grupos más numerosos en la muestra de seguimiento a un año y con un 24,1% dedicados a tareas del hogar y un 19% de parados entre los grupos más numerosos en la muestra de seguimiento a los dos años.

En cuanto a su vinculación con el atentado, un 60,3% de los participantes eran víctimas directas en la muestra de seguimiento al año y un 61,2% en la muestra de seguimiento a los dos años, el 27% eran familiares de personas fallecidas y el 20,6%

eran familiares de personas heridas en la muestra de seguimiento al año, mientras que el 26,7% eran familiares de personas fallecidas y el 20,7% eran familiares de personas heridas en la muestra de seguimiento a los dos años, aunque en algunos casos los participantes podían pertenecer a varias de estas categorías a la vez. Los atentados terroristas que habían sufrido habían ocurrido entre los años 1974 y 2006, habiendo pasado una media de 19,84 años ($DT = 10,84$) en la muestra de seguimientos al año y 20,09 años ($DT = 11,06$) en la muestra de seguimientos a los dos años entre la fecha del atentado y la realización de la evaluación psicológica pretratamiento. La muestra se repartía fundamentalmente entre atentados producidos por el grupo terrorista Al Qaeda, en referencia al atentado del 11 de marzo de 2004 (11-M) (34,1% en la muestra del seguimiento al año y 26,7% en la muestra de seguimiento a los dos años), y por ETA (54% en la muestra del seguimiento al año y 67,2% en la muestra de seguimiento a los dos años).

Un 57,1% (muestra un año) y un 58,6% (muestra dos años) de las personas evaluadas había recibido ayuda psicológica tras el atentado. Asimismo, más de la mitad de las personas (57,1% al año y 58,6% a los dos años), habían recibido ayuda psicofarmacológica, basada principalmente en la toma o en la combinación de varios psicofármacos, habitualmente, ansiolíticos y antidepresivos o ansiolíticos (36,4% para ambos en las dos muestras de seguimientos) un porcentaje menor habían recibido tratamiento solo con antidepresivos (9,1% en ambas muestras de los seguimientos).

En cuanto a la descripción clínica de la muestra tras la entrevista presencial, el trastorno más prevalente entre las víctimas evaluadas fue el TEPT, con más de la mitad de los participantes diagnosticados (63,5% al año y 63,8% a los dos años), seguido en menor medida del trastorno depresivo mayor (TDM) (49,2% al año y 49,1% a los dos años). Por otro lado, hay que señalar que el 69% de la muestra del seguimiento al año y

a los dos años fue diagnosticada con otros trastornos de ansiedad diferentes al TEPT, encontrándose entre los más frecuentes el trastorno de angustia (31% en las muestras de los dos seguimientos) y la fobia específica (20,6% en la muestra de seguimiento al año y 22,4% en la muestra de seguimiento a los dos años). Del total de los participantes diagnosticados con TEPT (63,5% de la muestra), un 82,54% en la muestra del seguimiento al año y un 91,38% en la muestra de seguimiento a los dos años, presentaban un trastorno comórbido, siendo el más frecuente TDM (42,3 y 44,3% respectivamente), seguido del trastorno de angustia (27,9% y 30,2 respectivamente). Es importante señalar que no solamente existía comorbilidad entre el TEPT y otras patologías, sino que en un 31% de las ocasiones los pacientes presentaban patología ansioso-depresiva comórbida diferente al TEPT.

La puntuación media de las víctimas en sintomatología de estrés postraumático (*PTSD Checklist* o PCL; Weathers et al., 1993; adaptación española de Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2006; Vázquez, Hervás y Pérez-Sales, 2008), depresiva (*Beck Depression Inventory-II* o BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996, 2011) y ansiosa (*Beck Anxiety Inventory* o BAI; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988; Beck y Steer, 2011) fue de 46,29 ($DT = 15,12$, $n = 126$), 22,15 ($DT = 13,13$; $n = 126$) y 21,02 ($DT = 13,62$, $n = 126$), respectivamente en la muestra de seguimiento al año y de 46,34 ($DT = 15,14$, $n = 116$), 21,81 ($DT = 12,58$; $n = 116$) y 21,21 ($DT = 13,68$, $n = 116$) en la muestra de seguimiento a los dos años, estando todos ellos por encima de los puntos de corte establecidos para una sintomatología clínicamente significativa (BDI-II y BAI > 14 ; y PCL > 29 , véanse Sanz, 2013, 2014; Sanz y García-Vera, 2015).

7.2. Instrumentos

En el presente estudio se tomaron las siguientes medidas con los siguientes instrumentos:

- *Características sociodemográficas y clínicas de las víctimas y características de los atentados y sus consecuencias.* Se administró en el pretratamiento una entrevista semiestructurada creada *ad hoc* para este estudio por M. P. García-Vera y J. Sanz y basada, en parte, en el módulo general de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders, Clinician Version*, o SCID-I-VC; First, et al., 1996), en su traducción española (First, Spitzer, Gibbon y William, 1999), y en la entrevista sobre el trauma de Foa, Hembree y Rothbaum (2007).
- *Diagnóstico de TEPT y de trastornos de ansiedad y depresivos.* Se administró tanto en el pretratamiento como en el postratamiento y en el seguimiento al año, los módulos F (ansiedad y otros trastornos) y A (episodios afectivos) de la SCID-I-VC, en su traducción española (First et al., 1999).
- *Sintomatología de estrés postraumático.* Se administró tanto en el pretratamiento como en el postratamiento y en el seguimiento al año la Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático (PCL; Weathers et al., 1993) en su adaptación española (Vázquez et al., 2006) y con las instrucciones modificadas para evaluar los efectos de los atentados terroristas experimentados por las víctimas del presente estudio. La PCL está formada por 17 ítems creados para evaluar la presencia y gravedad de síntomas de estrés postraumático y que cubren los síntomas de los criterios diagnósticos B (re experimentación), C (evitación y embotamiento) y D (activación) del TEPT según el DSM-IV. Las instrucciones de la PCL piden a la

persona evaluada que en cada uno de sus 17 ítems valore mediante escalas de tipo Likert de 5 puntos el grado en que tales síntomas le han afectado en el último mes, desde “nada en absoluto” (1) a “extremadamente” (5), de manera que la PCL proporciona una puntuación total en estrés postraumático entre 17 y 85. Existe una abundante literatura empírica que indica que la PCL tiene índices adecuados de fiabilidad y validez en un amplio rango de poblaciones (Reguera et al., 2014). La adaptación española ha mostrado también índices de fiabilidad adecuados en muestras españolas de la población general ($\alpha = ,89$; Vázquez et al., 2006) y de la población de víctimas de terrorismo ($\alpha = ,94$; Reguera et al., 2014). La fiabilidad de la PCL en la muestra de víctimas del terrorismo de este estudio a las que se ofrece tratamiento ($N = 242$) tiene un α de Cronbach de 0,91; y la fiabilidad de la muestra de este estudio que aceptaron realizar el tratamiento ($N = 126$) es de 0.91.

- *Sintomatología depresiva.* Se aplicó tanto en el pretratamiento como en el postratamiento y el seguimiento al año el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996), en su adaptación española (Beck et al., 2011). El BDI-II está formado por 21 grupos de afirmaciones o ítems creados para evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos según el DSM-IV. Para cada ítem, la persona evaluada debe escoger la afirmación que mejor refleja su estado en las últimas dos semanas y que son valoradas de 0 a 3 según la gravedad que representan, de manera que el BDI-II proporciona una puntuación total en depresión con un rango de 0 a 63. Existe una abundante literatura empírica que indica que el BDI-II tiene índices adecuados de fiabilidad y validez en un amplio rango de poblaciones (Beck et al., 2011). La adaptación española ha mostrado también índices de fiabilidad y validez adecuados en muestras españolas de la población general y de pacientes con trastornos

psicológicos (p. ej., alfa = entre ,87 y ,91; Sanz, 2013). La fiabilidad del BDI-II en la muestra de víctimas del terrorismo de este estudio a las que se ofrece tratamiento (N = 242) tiene un alfa de Cronbach de 0,92; y la fiabilidad de la muestra de este estudio que aceptaron realizar el tratamiento (N = 126) es de 0.93.

- *Sintomatología de ansiedad*. Se administró tanto en el pretratamiento como en el postratamiento y en el seguimiento al año el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, et al., 1988) en su adaptación española (Beck y Steer, 2011). El BAI está formado por 21 ítems creados para evaluar la presencia y gravedad de síntomas de ansiedad. En cada uno de los 21 ítems la persona evaluada debe valorar en escalas de tipo Likert de 4 puntos, el grado en que tales síntomas le han molestado en la última semana, desde nada (0) a grave (3), de manera que el BAI proporciona una puntuación total en ansiedad entre 0 y 63. Existe una abundante literatura empírica que indica que el BAI tiene índices adecuados de fiabilidad y validez en un amplio rango de poblaciones (Beck y Steer, 2011). La adaptación española ha mostrado también índices de fiabilidad y validez adecuados en muestras españolas de la población general y de pacientes con trastornos psicológicos (p. ej., alfa = entre ,88 y ,92; Sanz, 2014). La fiabilidad del BAI en la muestra de víctimas del terrorismo de este estudio a las que se ofrece tratamiento (N = 242) tiene un alfa de Cronbach de 0,93; y la fiabilidad de la muestra de este estudio que aceptaron realizar el tratamiento (N = 126) es de 0.93.

7.3. Procedimiento

Reclutamiento inicial de participantes

Las víctimas del terrorismo que participaron en el presente estudio, todas asociadas a la AVT, habían sido informadas de la realización del proyecto más general y de la posibilidad de formar parte de él de manera voluntaria y gratuita, a través de una carta postal dirigida al domicilio familiar registrado en la base de datos de la Asociación, y a través de un artículo publicado en la revista trimestral “*Por ellos, por todos*” de la AVT, que se remite a todos sus asociados y puede consultarse por cualquier persona en la página web de la AVT .

Tras el envío de esta información, se trató de contactar telefónicamente con los asociados de aquellas comunidades autónomas donde podría realizarse el proyecto, gracias a que en ese momento se tenía financiación suficiente para llegar a ellas o despachos para realizar las evaluaciones y los tratamientos. En este caso fueron las comunidades autónomas de Extremadura, Murcia, Valencia, Madrid, Galicia y La Rioja, además de aquellas personas que se pusieron en contacto con la AVT tras recibir la información. El objetivo del contacto telefónico era realizar, tras el consentimiento verbal, una evaluación individual de *screening*, donde además de recoger algunos datos sociodemográficos mediante una entrevista semiestructurada *ad hoc*, se aplicaban cuestionarios del estudio como la PCL-C o sus versiones reducidas, en el caso del BDI-II, con la aplicación de una versión breve de su adaptación española (BDI-II-SF; Sanz, García-Vera, Espinosa y Fortún 2005) y del BAI, con la aplicación del *Beck Anxiety Inventory Primary Care* (BAI-PC; Beck, Steer, Ball, Ciervo y Kabat 1997; adaptación española de Sanz y García-Vera, 2012).

Se intentó contactar telefónicamente con una muestra inicial de 2.333² víctimas asociadas en ese momento a la AVT, residentes en las comunidades autónomas de Extremadura, Murcia, Valencia, Galicia, La Rioja y Madrid, a las que se sumaron 10 asociados de Castilla La Mancha y Castilla-León que solicitaron ellos mismos participar en esta investigación y recibir ayuda psicológica.

A todos aquellos asociados que realizaron la entrevista telefónica, se les ofreció la posibilidad de realizar una segunda entrevista, esta vez de forma presencial, realizada por un psicólogo. Tras haber obtenido un consentimiento informado, se les administró en el orden aquí citado, una entrevista estructurada *ad hoc*, la SCID-I-VC, el BDI-II, el BAI y la PCL. Cuando el asociado recibía el diagnóstico de algún trastorno depresivo, de estrés postraumático o de ansiedad relacionado con el atentado, en una sesión individual realizada telefónica o presencialmente, se le informaba sobre los resultados de la evaluación pretratamiento y se le ofrecía la oportunidad de participar de forma voluntaria y gratuita en un tratamiento psicológico. Los asociados que se encontraban dentro de la condición de eficacia fueron aleatorizados para comenzar el tratamiento de forma inmediata (grupo experimental) o tras cuatro meses de espera (grupo control), mientras que los asociados de la condición de efectividad comenzaron el tratamiento de forma inmediata.

² Los datos de este estudio pueden diferir de los de Zapardiel Fernández (2015), ya que la investigación ha continuado realizándose independiente de la fecha de elaboración de este último trabajo.

Selección de participantes basada en criterios de inclusión y exclusión

Tras contactar con 1.315 víctimas y realizar, a los que fue posible localizar o que voluntariamente aceptaron participar, una entrevista telefónica de cribado y, cuando fue posible, una entrevista diagnóstica presencial (véase la [figura 6](#)), 320³ víctimas recibieron un diagnóstico de TEPT, de trastorno de ansiedad y/o de trastorno depresivo según los criterios del DSM-IV (APA, 2000).

Setenta y ocho de las 320 víctimas que recibieron diagnósticos de algún trastorno emocional no fueron tenidas en cuenta para el presente estudio por no cumplir con los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de 18 años, ser víctima directa o indirecta de un atentado terrorista y haber recibido un diagnóstico según el DSM-IV de TEPT o de algún trastorno depresivo o de ansiedad relacionado con la vivencia de un atentado terrorista, o por cumplir alguno de los siguientes criterios de exclusión: tener únicamente patología no relacionada con la vivencia del atentado, rechazar la participación en el tratamiento durante la evaluación o la devolución de información, estar siguiendo en el momento de la evaluación una terapia psicológica centrada en el trauma, sufrir una patología o tener una condición que imposibilitara el tratamiento o estuviera contraindicada, entre las que destacan: trastorno orgánico cerebral, trastorno mental debido a los efectos directos de alguna sustancia (droga o fármaco) o de una enfermedad médica, síndrome de abstinencia, abuso o dependencia de sustancias en el último año, retraso mental, deterioro cognitivo o sensorial (auditivo) grave, autismo u otro trastorno del desarrollo, esquizofrenia, otro trastorno psicótico o trastorno bipolar en fase activa, riesgo grave de suicidio y presencia de amnesia disociativa grave.

³ Los datos de este estudio pueden diferir de los de Gutiérrez Camacho (2015), ya que la investigación ha continuado realizándose independiente de la fecha de elaboración de este último trabajo.

Ajustándose a los criterios anteriores, se ofreció la posibilidad de recibir tratamiento psicológico a 242 víctimas directas o indirectas, de las cuales 88⁴ formaron parte el estudio de efectividad (véase Moreno Pérez, 2015) y 123⁵ del estudio de eficacia (véase Gesteira Santos, 2015) de estas, 116 rechazaron realizar el tratamiento y 126 lo iniciaron, de los cuales, 82 completaron el tratamiento y 44 lo abandonaron.

De las 82 personas que finalizaron el tratamiento, 69 completaron el seguimiento del año (a las que hay que sumar las 7 que lo completaron a los seis meses tras finalizar el tratamiento y que se han considerado en los análisis del seguimiento al año), 1 falleció meses antes de realizar el seguimiento del año, 1 rechaza la realización del seguimiento por la muerte de un familiar, 1 se fue a vivir a otro país de América y 10 no lo completaron. Además, de las 82 personas que finalizaron el tratamiento, 54 completaron el seguimiento a los dos años, 10 finalizaron el tratamiento hace menos de 2 años, 1 ya había fallecido antes de realizar el seguimiento del año, otro se había marchado a otro país y 12 no lo completaron.

En la [figura 6](#) se presenta un diagrama de flujo de los participantes a los que se ofreció tratamiento, ya que parecían necesitarlo en función de los trastornos diagnosticados que presentaban, y el procedimiento del estudio con dichos participantes.

⁴ De las 116 víctimas que son consideradas en este estudio, sólo 88 se recogen en el estudio de Moreno Pérez (2015), ya que el estudio de efectividad ha continuado realizándose independientemente de la fecha de elaboración del trabajo de Moreno Pérez (2015).

⁵ De las 123 víctimas que son consideradas en este estudio, sólo 120 se recogen en el estudio de Gesteira Santos (2015), ya que el estudio de eficacia ha continuado realizándose independientemente de la fecha de elaboración del trabajo de Gesteira Santos (2015)

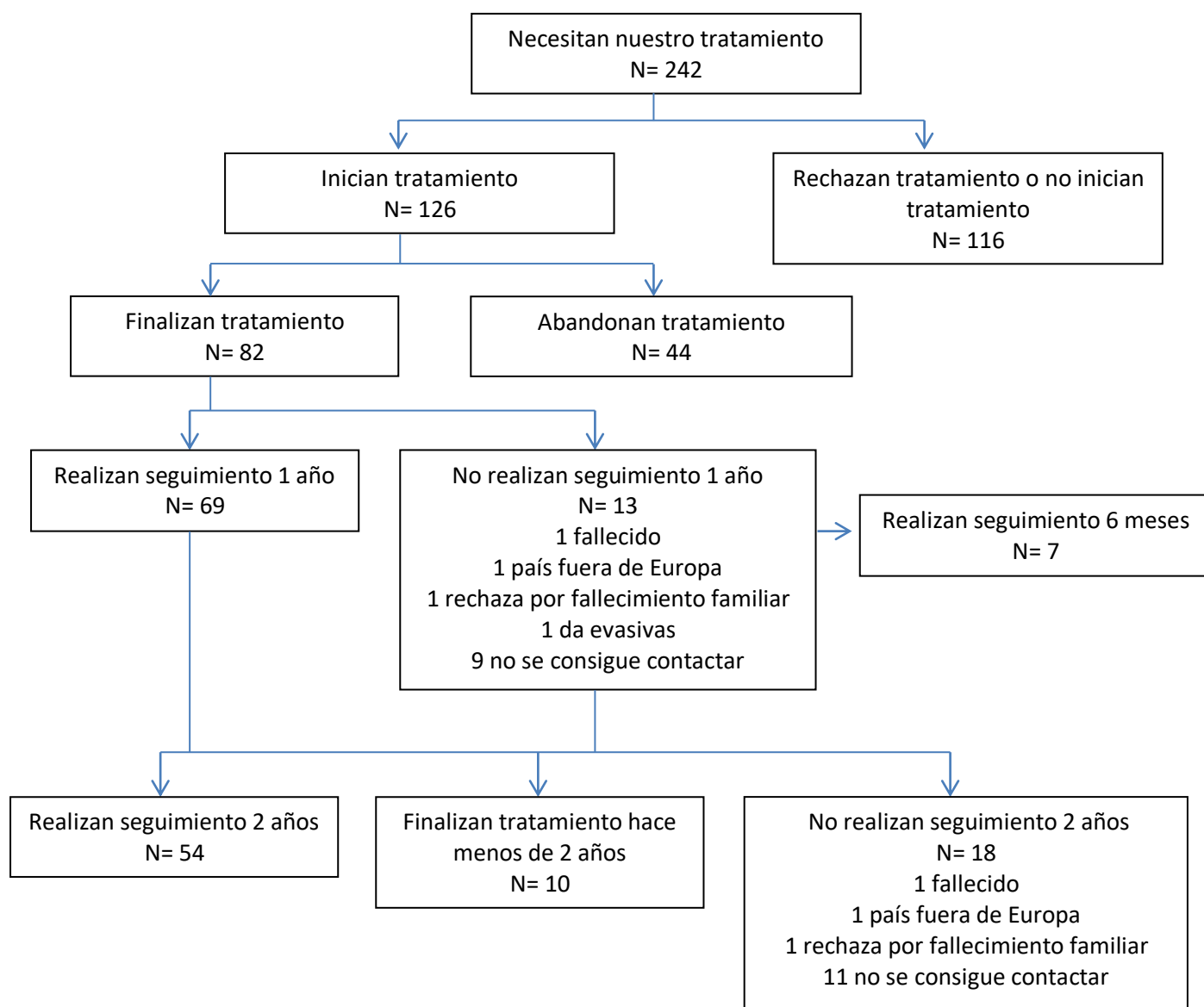


Figura 6. Diagrama del flujo de los participantes que necesitan nuestro tratamiento y procedimiento del estudio con dichos participantes.

Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico ofrecido (véase la [tabla 14](#)) se encuadra dentro de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, y está basado en la terapia de exposición prolongada para el TEPT de Foa y Rothbaum (1998; Foa, Hembree y Rothbaum, 2007), siendo el componente fundamental de este tratamiento, según el

protocolo de Foa y Rothbaum (1998), la exposición progresiva en imaginación a los recuerdos traumáticos y la exposición en vivo a estímulos ansiógenos relacionados con el atentado. No obstante, aunque conservando las bases del programa original de Foa y Rothbaum (1998), se modificaron varios componentes con el objetivo de adaptarlo a las víctimas del terrorismo que manifestaban comorbilidad en su diagnóstico y que habían sufrido el atentado hacía muchos años. Así pues, se incluyeron en el orden aquí citado, psicoeducación sobre duelo y pérdida en la psicoeducación sobre reacciones postraumáticas en la primera sesión, con el objetivo de adaptar el tratamiento a la sintomatología depresiva que manifestaban muchos de los participantes y a la comprensión del significado de pérdida no sólo material sino también de aspectos más profundos y menos tangibles como son la pérdida de seguridad, de confianza, de control e incluso de emociones como la alegría, la esperanza de un futuro o las ganas de vivir.

El segundo componente, que se incluyó en la segunda sesión, consistió en la planificación de actividades agradables para el manejo de la sintomatología depresiva, además, de la introducción de técnicas para el control de la ansiedad como la relajación muscular progresiva que se continuó trabajando durante la tercera sesión y que además pretendía que los participantes identificaran cuándo se sentían ansiosos y en qué parte de su cuerpo lo identificaban, sirviendo de antesala al siguiente componente incluido en las sesiones cinco y seis, la regulación emocional, dos sesiones específicas en las que se trabajó el reconocimiento emocional, su etiquetación, aceptación y posterior regulación, no sólo para la regulación del miedo, sino también para todas las emociones relacionadas con el evento sufrido y su respuesta ante el mismo, como la culpa, la impotencia, la ira, etc., que tras tantos años de no haber recibido atención se habían enquistado como forma de control y evitación del malestar. Esta regulación emocional también era una parte del aprendizaje del método de exposición que se aplicaría en las sesiones

posteriores, ya que no sólo se exponía a los participantes a las situaciones temidas sino también a las emociones y pensamientos que estas les generaban en la actualidad, que eran los que realmente les estaban produciendo el malestar. Cabe destacar que aunque el componente de la exposición en vivo se aplicaba tanto en el tratamiento original como en el protocolo utilizado en el presente estudio, había una diferencia sustancial en la aplicación del mismo, mientras que en el protocolo de Foa se proponía como tarea para casa, en el protocolo aplicado en este estudio las primeras exposiciones en vivo se llevaron a cabo en sesión con la guía y supervisión de los terapeutas. Así mismo, todas las sesiones eran grabadas y el participante debía escucharlas en casa, lo que suponía una exposición a la situación traumática desde la primera sesión de la terapia.

Otro de los componentes incluidos fueron las técnicas narrativas para la integración en la vida de la persona del relato del atentado como otro acontecimiento vital importante en la vida de esta pero no más importante que otros que le pudieran haber acaecido. Además, es importante reseñar que se aplicaron técnicas de reestructuración cognitiva cuando el terapeuta notaba en algún momento del tratamiento que la víctima manifestaba alguna creencia disfuncional relativa al atentado o las que de éste se derivaban acerca de la seguridad, el control o la situación de la víctima en el mundo. Igualmente, el terapeuta disponía de un módulo específico de motivación que podía utilizar cuando lo considerara necesario.

El protocolo de tratamiento estaba constituido por 16 sesiones de tratamiento (véase la [Tabla 14](#)) que difieren de las 8-12 sesiones del protocolo original de Foa y Rothbaum (1998), y que fueron necesarias para la inclusión de los componentes anteriormente citados. Cada sesión tenía una duración de 60-90 minutos y se realizaba semanalmente de forma individual. En cada una de las sesiones el terapeuta debía

rellenar una ficha o *checklist* con el grado de consecución de los objetivos y la comprensión y asimilación de estos por parte del participante de la sesión, y en cada sesión impar, el participante debía rellenar por este orden, los cuestionarios BDI-II, BAI y PCL, por lo que se podía hacer un seguimiento durante el tratamiento de cada participante.

En la mayoría de los casos, el programa de intervención aplicado ([véase la Tabla 14](#)) estaba protocolizado en un manual de tratamiento donde se explicaban pormenorizadamente los objetivos a cumplir en cada sesión y las estrategias necesarias para alcanzarlos. No obstante, aunque en los 20 (24,39% del total) primeros participantes que completaron el tratamiento ($n = 82$), el manual no se encontraba aún detallado sesión por sesión, sí presentaba ya todos sus componentes en el mismo orden que el programa de intervención protocolizado.

Tabla 14. Módulos, sesiones, estrategias y técnicas del protocolo de intervención.

Módulos	Sesiones	Estrategias y técnicas
Módulo 1º: Trabajando en equipo	Sesión 1ª: ¿Por qué me pasa lo que me pasa?	Psicoeducación y normalización de las reacciones de trauma y duelo <i>Tareas para casa: escucha de la grabación de la sesión con su registro de escucha</i>
	Sesión 2ª: Relajarnos para coger fuerzas	Psicoeducación y entrenamiento en relajación muscular progresiva (16 grupos musculares) Planificación de actividades agradables Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva <i>Tareas para casa: escucha de la grabación de la sesión con su registro de escucha, práctica de la relajación con su registro, registro de actividades agradables</i>

Módulos	Sesiones	Estrategias y técnicas
Módulo 2º: Conocerme mejor para tener más herramientas	Sesión 3ª: ¿A qué nos vamos enfrentando	Identificación de las situaciones que evita enfrentarse y a las que se ha enfrentado. Relajación muscular progresiva (8 grupos musculares) Planificación de actividades agradables Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva <i>Tareas para casa: escucha de la grabación de la sesión con su registro de escucha, práctica de la relajación con su registro, registro de actividades agradables</i>
	Sesión 4ª: Atrévete con las situaciones difíciles	Psicoeducación sobre la ansiedad y su mantenimiento Construcción de la jerarquía de exposición Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva <i>Tareas para casa: escucha de la grabación de la sesión con su registro de escucha, revisión de la jerarquía</i>
Módulo 3º: Cara a cara con la emoción	Sesión 5ª: Regulando mis emociones I	Introducción de la exposición Psicoeducación sobre emociones Identificación emocional Entrenamiento en respiración lenta Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva <i>Tareas para casa: escucha de la grabación de la sesión con su registro de escucha, ejercicios de identificación emocional</i>
	Sesión 6ª: Regulando mis emociones II	Regulación emocional Entrenamiento en respiración lenta Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva <i>Tareas para casa: escucha de la grabación de la sesión con su registro de escucha, ejercicios de manejo emocional</i>
Módulo 4º: Todos en guardia	Sesiones 7ª, 8ª y 9ª: La exposición nos hace fuertes y competentes. Prácticas I, II y III.	Introducción al método de exposición en vivo Exposición en vivo en sesión Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva <i>Tareas para casa: escucha de la grabación de la sesión con su registro de escucha, planificación de la exposición en vivo y registro emocional de la exposición</i>

Módulos	Sesiones	Estrategias y técnicas
Módulo 5º: Esta es mi historia	Sesiones 10ª-14ª: Atreverse con los puntos calientes. Prácticas I, II, III, IV y V.	Introducción al método de exposición al relato Exposición al relato, identificación de puntos calientes y nuevo significado Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva <i>Tareas para casa: escucha de la grabación de la sesión con su registro de escucha, planificación de la exposición en vivo y en imaginación y registro emocional de la exposición</i>
Módulo 6º: Mi nueva perspectiva	Sesión 15ª: ¡Buen trabajo! Fin del tratamiento y prevención de recaídas	Prevención de recaídas Introducción a las técnicas narrativas Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva <i>Tareas para casa: escucha de la grabación de la sesión con su registro de escucha, planificación de la exposición en vivo y en imaginación y registro emocional de la exposición, narración de vida</i>
	Sesión 16ª: Una nueva identidad	Narrativa de la nueva identidad Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva <i>Tareas para casa: escucha de la grabación de la sesión con su registro de escucha</i>

Tras la última sesión de tratamiento, los participantes completaron una evaluación postratamiento en la que se aplicó por este orden, la SCID-I-VC, el BDI-II, el BAI y la PCL. Posteriormente, todos los participantes fueron citados para realizar evaluaciones presenciales e individuales de seguimiento al mes, a los tres meses, a los seis meses, al año y a los dos años, durante las cuales se les aplicó por este orden, la SCID-I-VC, el BDI-II, el BAI y la PCL. Tan sólo 20 (24,39% del total) de los primeros participantes que finalizaron el tratamiento y que formaban parte del tratamiento sin manual protocolizado, no completaron la SCID-I-VC en los seguimientos de los tres y los seis meses.

A lo largo de estos seis años de implementación del tratamiento, la terapia ha sido aplicada por 18 profesionales de la psicología, la mayoría de ellos mujeres, con una

edad comprendida entre los 25 y 28 años, con formación de dos años en posgrado en psicología clínica y de la salud, con formación específica en tratamiento cognitivo-conductual con víctimas de atentados terroristas, y con una experiencia clínica de entre 2 y 5 años, a los cuales se formó en la aplicación del manual de tratamiento. Además, los casos eran supervisados semanalmente y con más detenimiento, aquellos que presentaran dificultad.

Los tratamientos fueron realizados en despachos de los que disponía o gestionaba la AVT en las provincias de Badajoz, Cáceres, Valencia, Alicante, Murcia, A Coruña, Orense y Logroño, en la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM y en la Sede de la AVT en la ciudad de Madrid.

7.4. Análisis estadísticos

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico SPSS v. 15.0 y en todos ellos se adoptó una $p < ,05$ como nivel de probabilidad de cometer un error de tipo I.

Los análisis estadísticos que se utilizaron para demostrar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en víctimas del terrorismo fueron de dos tipos, atendiendo a las diferentes muestras:

1. En primer lugar, se realizaron análisis de efectividad del tratamiento psicológico a muy largo plazo, uno y dos años de seguimiento después del tratamiento. Para ello, se realizaron comparaciones entre la evaluación pretratamiento y la evaluación de seguimiento (pre-seguimiento), y entre la evaluación postratamiento y la evaluación de seguimiento (post-seguimiento). Teniendo en cuenta, bien la muestra de personas que completaron

el seguimiento al año y los dos años ($n = 76$, $n = 54$), bien la muestra de “intención de tratar” ($n = 82$, $n = 72$) en la que el grupo estaba compuesto tanto por aquellos que habían completado el seguimiento ($n = 76$, $n = 54$), como los que no lo habían completado ($n = 6$, $n = 18$).

Tanto para la muestra de completos como para la de intención de tratar, la efectividad de la terapia en el seguimiento al año y los dos años se analizó teniendo en cuenta tres criterios: un primero de diagnóstico, un segundo basado en la sintomatología y un tercero en cuanto a la significación clínica.

1.1. *Análisis de diagnóstico*: Los primeros análisis se realizaron en términos de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad, trastorno depresivo mayor, o sus comorbilidades. Para ello, se calculó el porcentaje de víctimas que en el seguimiento al año y los dos años presentaba cada uno de los trastornos de TEPT, ansiedad, depresión o sus comorbilidades, encontrados en el pretratamiento y dichos porcentajes fueron comparados con su porcentaje correspondiente en el pretratamiento y en el postratamiento, mediante pruebas de McNemar.

1.2. *Análisis basado en la sintomatología*. En segundo lugar, se calcularon las puntuaciones medias de las víctimas en las medidas de sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad en el seguimiento, y se compararon con las medias correspondientes en el pretratamiento y el postratamiento mediante pruebas *t* de Student para dos muestras relacionadas. Además, como índice del tamaño del efecto, se calculó el estadístico *d* de Cohen respecto a las diferencias entre las medias pretratamiento o postratamiento, y las medias

obtenidas en el seguimiento al año y los dos años, considerándose los valores de d de 0,2, 0,5 y 0,8 como efectos de tamaño pequeño, medio y grande, respectivamente, de acuerdo a los estándares de Cohen (1988).

1.3. *Análisis basado en la significación clínica.* En tercer lugar, se analizó la efectividad del tratamiento en términos de su significación clínica, calculándose en cada momento de evaluación el porcentaje de víctimas que puntuaban en las medidas de sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad por encima de los puntos de corte establecidos para una sintomatología moderada-grave o clínicamente significativa en el instrumento correspondiente ($PCL > 44$, $BDI-II > 19$ y $BAI > 15$; Beck et al., 2011; Beck y Steer, 2011; Blanchard et al., 1996), y comparándose los porcentajes obtenidos en el seguimiento al año y los dos años con los obtenidos en el pretratamiento y el postratamiento mediante pruebas de McNemar para dos muestras relacionadas.

2. En segundo lugar, debido a que el 47,4% de la muestra de seguimiento al año y un 50% de la muestra de seguimiento a los dos años de las víctimas que completaron el tratamiento estaban tomando psicofármacos al inicio del estudio, se compararon los niveles de prevalencia diagnóstica, los niveles medios de sintomatología y sus reducciones, así como los niveles de significación clínica, entre las víctimas con y sin medicación mediante análisis de varianza (ANOVA) con medidas repetidas para cada una de las medidas de sintomatología (postraumática, depresiva y ansiosa), en los que el factor intrasujeto era el factor

tiempo, con dos niveles (pretratamiento y seguimiento), y el factor intersujetos era el tipo de tratamiento en función de si tomaban medicación o no, también con dos niveles (Aislado y combinado).

Capítulo 8.

Resultados

Los resultados del presente estudio, tal y como se especificaba en el apartado anterior, se han analizado en función de la efectividad del tratamiento a muy largo plazo (uno y dos años tras haber finalizado el tratamiento) en una muestra de víctimas que sufrieron ataques terroristas en España, además debido al elevado número de participantes que en la entrevista presencial pretratamiento se encontraban tomando medicación, los resultados del estudio también se han analizado en función de la efectividad del tratamiento combinado o no con otros tratamientos farmacológicos. Dicha efectividad se analizará tanto en la muestra de completos, es decir, con todos los participantes que han completado el proceso de investigación, así como con la muestra de intención de tratar, los participantes que completaron los seguimientos, así como aquellos que los abandonaron o de los que se obtuvieron valores perdidos. La efectividad para cada una de las muestras mencionadas se valorará a través de: a) análisis comparativos de la presencia o ausencia de TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad o sus comórbidos; b) análisis sobre la reducción de la sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa, y c) análisis de la significación clínica de la sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa.

Sin embargo, antes de presentar los resultados de dichos análisis, se presentarán los resultados de los análisis realizados para comprobar si la muestra de pacientes que inició el tratamiento o la muestra que completó los seguimientos al año o a los dos años podría presentar algún sesgo de selección, dado que un número notable de participantes rechazaron o no iniciaron el tratamiento y otros, aunque lo iniciaron, no completaron los seguimientos al año o a los dos años.

8.1. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes que aceptaron realizar el tratamiento y de los que rechazaron realizarlo y entre los que completaron y no completaron los seguimientos

Puesto que el número de personas que rechazaron o no iniciaron el tratamiento era bastante elevado ($n = 116$) se decidió realizar comparaciones mediante pruebas t o chi cuadrado para medidas independientes para determinar si existían diferencias entre ambos grupos. Los resultados de estos análisis se presentan resumidamente en la [tabla 15](#).

Los análisis revelaron que, en cuanto a variables sociodemográficas y tanto para la muestra de seguimiento al año como para la muestra de seguimiento a los dos años, el número de heridos tendía a ser significativamente mayor ($p < ,001$) en aquellos que aceptaban realizar el tratamiento, mientras que el número de familiares de fallecido lo era ($p < ,01$) en el grupo que rechazaba o no iniciaba el tratamiento; asimismo, el número de personas que habían sufrido el atentado terrorista a manos de la banda terrorista ETA, era significativamente mayor para las personas que rechazaban o no iniciaban el tratamiento ($p < ,05$). Además, en la muestra de seguimiento a los dos años existían diferencias significativas ($p < ,05$) en cuanto al sexo de la muestra, encontrándose las mujeres en mayor proporción en la muestra que rechazaba el tratamiento. Así mismo, el número de personas que estaban recibiendo tratamiento psicológico tendía a ser significativamente mayor ($p < ,05$) en el grupo de personas que aceptaban recibir el tratamiento en la muestra al año, mientras que estas diferencias tendían a ser significativamente mayores en las personas que estaban recibiendo

tratamiento farmacológico en la muestra del seguimiento a los dos años ($p < ,05$). En cuanto a los diagnósticos, únicamente existían diferencias significativas ($p < ,05$) en el TEPT, siendo mayor el número de personas que aceptaban el tratamiento teniendo dicho diagnóstico. Aunque no existían diferencias en las puntuaciones medias del PCL y BAI, y del BDI-II en la muestra de seguimiento a los dos años, sí las había en el BDI-II de la muestra al año ($p < ,05$), presentando una mayor frecuencia en el grupo de personas que aceptaban realizar el tratamiento (véase [tabla 15](#)).

Una vez realizados estos análisis, se realizaron comparaciones mediante pruebas *t* o chi cuadrado para medidas independientes de las víctimas que completaron el seguimiento al año ($n = 76$) y a los dos años ($n = 54$), y no lo completaron ($n = 6$, $n = 18$, respectivamente). Los análisis revelaron que en el seguimiento al año ambos grupos no diferían significativamente en sus características sociodemográficas o clínicas. Sin embargo, en el seguimiento a los dos años, se encontraron algunas diferencias significativas entre aquellas personas que completaron el seguimiento y las que lo abandonaron, mostrándose significativamente mayor la cronicidad tras el atentado en aquellas personas que habían completado el seguimiento a los dos años ($p < ,05$), así como no tener pareja para abandonar el seguimiento a los dos años ($p < ,05$) (véase la [tabla 16](#)).

Tabla 15. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes que aceptaron realizar el tratamiento y de los que rechazaron realizarlo

Características	Aceptan tratamiento año (n = 126)	Rechazan tratamiento año (n = 116)	t / z	Aceptan tratamiento dos años (n = 116)	Rechazan tratamiento dos años (n = 116)	t / z
Edad media (desviación típica)	47,79 (12,76)	50 (13,58)	1,297	48,66 (12,58)	50 (13,58)	0,779
Mujeres	56,3	70,7	-2,306	56	70,7	-2,311*
Con pareja	58,7	56	-0,423	62,1	56	-0,933
Sin estudios superiores	62,7	65,5	-0,456	64,7	65,5	-0,137
No trabajan	57,9	65,5	-1,209	57,8	65,5	-1,213
Media de años tras el atentado (desviación típica)	19,84 (10,84)	20,68 (10,38)	0,614	20,09 (11,06)	20,68 (10,38)	0,416
Tipo de víctimas						
- Herido	60,3	34,5	-4,011***	61,2	34,5	-4,065***
- Familiar de fallecido	27	46,6	-3,155**	26,7	46,6	-3,127**
- Familiar de herido	20,6	25	-0,808	20,7	25	-0,780
Grupo terrorista ETA	54	67,2	-2,231*	54,3	67,2	-2,151*
Recibieron ayuda psicológica tras atentado	57,1	51,7	-0,773	58,6	51,7	-0,983

Características	Aceptan tratamiento año (<i>n</i> = 126)	Rechazan tratamiento año (<i>n</i> = 116)	<i>t</i> / <i>z</i>	Aceptan tratamiento dos años (<i>n</i> = 116)	Rechazan tratamiento dos años (<i>n</i> = 116)	<i>t</i> / <i>z</i>
Recibieron ayuda psiquiátrica tras atentado	61,1	50	-1,664	62,1	50	-1,778
Actualmente recibe ayuda psicológica	20,6	16,4	-2,037*	20,7	16,4	-0,843
Actualmente recibe ayuda psiquiátrica	49,2	36,2	-0,848	50,9	36,2	-2,246*
Diagnóstico						
- TEPT	63,5	50,9	-1,981*	63,8	50,9	-1,987*
- TDM	49,2	37,9	-1,762	49,1	37,9	-1,718
- Algún trastorno de ansiedad distinto al TEPT	69	70,7	-0,277	69	70,7	-0,285
- TEPT y TDM	39,7	27,6	-1,982	39,7	27,6	-1,941
- TEPT y otros trastornos de ansiedad	39,7	28,4	-1,835	40,5	28,4	-1,930
- TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad	25,4	15,5	-1,653	25,9	15,5	-1,941
- TDM y otros trastornos de ansiedad	31	21,6	-1,892	31	21,6	-1,637
Puntuación media PCL (desviación típica)	46,29 (15,12)	44,52 (13,97)	-0,943	46,34 (15,14)	44,52 (13,97)	-0,951
Puntuación media BDI-II	22,15	18,84	-2,116*	21,81	18,84	-1,914

Características	Aceptan tratamiento año (n = 126)	Rechazan tratamiento año (n = 116)	t / z	Aceptan tratamiento dos años (n = 116)	Rechazan tratamiento dos años (n = 116)	t / z
(desviación típica)	(13,13)	(11,05)		(12,58)	(11,05)	
Puntuación media BAI	21,02	19,41	-0,949	21,21	19,41	-1,034
(desviación típica)	(13,62)	(44,52)		(13,68)	(44,52)	

Nota. Todos los valores son porcentajes salvo que se indique lo contrario. BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II. BAI = Inventario de Ansiedad de Beck. PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático. TMD = Trastorno Depresivo Mayor. TEPT = Trastorno de Estrés Postraumático.
 *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$. **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$. ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Tabla 16. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes que completaron el seguimiento al año y a los dos años, y de los que no lo completaron.

Características	Completan seguimiento año (<i>n</i> = 76)	No completan seguimiento año (<i>n</i> = 6)	<i>t</i> / <i>z</i>	Completan seguimiento dos años (<i>n</i> = 54)	No completan seguimiento dos años (<i>n</i> = 18)	<i>t</i> / <i>z</i>
Edad media (desviación típica)	46,29 (11,13)	46,67 (15,44)	-0,334	46,89 (11,32)	48,67 (10,22)	0,591
Mujeres	56,6	50	-0,311	55,6	55,6	0,000
Con pareja	67,1	66,7	-0,022	66,7	94,4	-2,300*
Sin estudios superiores	55,3	50	-0,248	61,1	44,4	-1,228
No trabajan	56,6	66,7	-0,478	61,1	44,4	-1,228
Media de años tras el atentado (desviación típica)	19,47 (10,38)	12 (6,96)	-1,728	20,67 (10,37)	14,83 (10,55)	-2,058*
Tipo de víctimas						
- Herido	65,8	50	-0,774	61,1	83,3	-1,720
- Familiar de fallecido	19,7	33,3	-0,786	24,1	5,6	-1,707
- Familiar de herido	21,1	16,7	-0,254	24,1	11,1	-1,165
Grupo terrorista ETA	53,9	33,3	-0,659	59,3	33,3	-1,562
Recibieron ayuda psicológica tras atentado	55,3	66,7	-0,539	57,4	61,1	-0,274

Características	Completan seguimiento año (n = 76)	No completan seguimiento año (n = 6)	t / z	Completan seguimiento dos años (n = 54)	No completan seguimiento dos años (n = 18)	t / z
Recibieron ayuda psiquiátrica tras atentado	59,2	66,7	-0,356	57,4	72,2	-1,109
Actualmente recibe ayuda psicológica	14,5	16,7	-0,145	16,7	5,6	-1,172
Actualmente recibe ayuda psiquiátrica	47,4	33,3	-0,660	50	44,4	-0,406
Diagnóstico						
- TEPT	61,8	83,3	-1,046	64,8	61,1	-0,281
- TDM	46,1	50	-0,186	46,3	44,4	-0,136
- Algún trastorno de ansiedad distinto al TEPT	68,4	83,3	-0,759	66,7	77,8	-0,880
- TEPT y TDM	36,8	50	-0,636	35,2	44,4	-0,698
- TEPT y otros trastornos de ansiedad	36,8	66,7	-1,433	38,9	44,4	-0,413
- TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad	23,7	33,3	-0,527	24,1	27,8	-0,312
- TDM y otros trastornos de ansiedad	28,9	33,3	-0,226	29,6	27,8	-0,149
Puntuación media PCL (desviación típica)	27,29 (12,49)	46,67 (20,1)	0,361	43,47 (14,09)	44,17 (17,96)	-0,063

Características	Completan seguimiento año (n = 76)	No completan seguimiento año (n = 6)	t / z	Completan seguimiento dos años (n = 54)	No completan seguimiento dos años (n = 18)	t / z
Puntuación media BDI-II (desviación típica)	8,08 (9,54)	25,83 (16,57)	1,108	18,60 (10,69)	20,39 (14,55)	0,397
Puntuación media BAI (desviación típica)	7,01 (7,99)	23,50 (13)	0,868	17,14 (12,76)	22,28 (14,93)	1,215

Nota. Todos los valores son porcentajes. BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck. TMD = Trastorno Depresivo Mayor. PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático. TEPT = Trastorno de Estrés Postraumático. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$. **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$. ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Por otro lado, como en el presente trabajo se mezclaron víctimas que habían participado en el estudio de eficacia con víctimas que habían participado en el estudio de efectividad, se quisieron realizar análisis comparativos de pruebas *t* o chi cuadrado entre ambas muestras para determinar si existían diferencias entre ellas (véanse los [Anexos 1 y 2](#)).

Los análisis mostraron que esos dos grupos no diferían en cuanto a sus características clínicas, exceptuando en la prevalencia del TEPT que se mostraba significativamente mayor ($p < ,01$ y $p < ,001$) en la muestra de participantes que habían recibido el tratamiento de efectividad tanto en la muestra de completos como en la muestra de intención de tratar. Este hecho podría estar correlacionado con las restantes diferencias significativas que se encontraron entre ambos grupos en cuanto a las características sociodemográficas y que podrían venir perfectamente determinadas por el lugar en el que se aplicó el tratamiento. Hemos de tener presente que el tratamiento de eficacia se llevó a cabo en la Comunidad de Madrid, lugar del ataque terrorista del 11-M, atentado masivo ocurrido hace 14 años, mientras que los atentados de la banda terrorista ETA y de otros grupos terroristas, se suceden en España desde los años 60. Esta diferencia en cuanto a la autoría del atentado se corrobora a través de los análisis realizados que muestran que existen diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto que el porcentaje de personas que habían sufrido un atentado terrorista perpetrado por ETA eran mayor entre los participantes del estudio de efectividad que entre los participantes del estudio de eficacia, lo que también encaja con las diferencias significativas encontradas en cuanto a la media de años transcurridos desde el atentado, mayor en el grupo de participantes del estudio efectividad. Además de estas, existen diferencias significativas en cuanto al sexo, habiendo realizado el tratamiento un

porcentaje mayor de mujeres en el estudio de eficacia que en el de efectividad, y en cuanto a encontrarse trabajando en la actualidad, aspecto que es significativamente mayor en el estudio de efectividad frente al de eficacia ($p < ,01$).

Por último, cabe resaltar que existen diferencias significativas bastante curiosas en cuando a haber recibido o estar recibiendo otro tipo de ayuda psicológica o psiquiátrica entre ambas muestras. Así, en el grupo del estudio eficacia, en la muestra de intención de tratar, habían recibido más asistencia psicológica en el pasado que en la muestra del estudio de efectividad ($p < ,05$), mientras que en la muestra de completos había más porcentaje de personas que se encontraban actualmente recibiendo ayuda farmacológica ($p < ,05$) en el grupo que había recibido el tratamiento en el estudio de efectividad frente al estudio de eficacia. Estos datos nos indican que son más personas las que abandonan este tratamiento psicológico dentro de un estudio de eficacia, habiendo recibido otro tratamiento en el pasado que cuando reciben el tratamiento en el contexto de un estudio de efectividad (véanse los [Anexos 1 y 2](#)). No obstante, sería interesante estudiar estos datos en un futuro con mucho más detenimiento y en un estudio donde se analicen los abandonos de forma pormenorizada.

8.2. Análisis de la efectividad del tratamiento en la muestra de seguimientos con intención de tratar realizados al año y los dos años tras la aplicación del tratamiento

En este apartado se compararán los resultados obtenidos a largo plazo en los seguimientos al año y los dos años de la muestra de participantes que aceptaron realizar

el tratamiento ($n = 126$ para el seguimiento al año, $n = 116^6$ para el seguimiento a los dos años) con los resultados obtenidos por la misma muestra en la evaluación pretratamiento y en la evaluación postratamiento, a través de los tres análisis mencionados en al inicio de este capítulo. Es importante recordar que en esta muestra tanto para la realización de los análisis desde el punto de vista diagnóstico, sintomatológico y de la significación clínica, se completaron los diagnósticos y los cuestionarios de las personas que habían abandonado el tratamiento y de aquellas en las que se encontraron valores perdidos siguiendo el criterio más conservador en el que los datos eran rellenados con la información de la evaluación pretratamiento; únicamente en siete de los casos del seguimiento al año se tomó un criterio menos conservador en el que se incorporaron los datos de los participantes del seguimiento que habían realizado seis meses después de finalizar el tratamiento. Además, en aquellos cuestionarios en los que faltaban uno o dos ítems perdidos, también se utilizó un criterio menos conservador, en el que el valor perdido se sustituía por la media de los valores del ítem de su momento de medida.

8.2.1. Efectividad del tratamiento en función de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad, depresión o sus comórbidos diagnosticables

Con respecto al diagnóstico, en la [tabla 17](#) se presenta la prevalencia comparada de TEPT, TDM u otros trastornos de ansiedad, así como de sus comórbidos, de la muestra del presente estudio antes de iniciar el tratamiento y en los seguimientos, para

⁶ En el momento del realizar los análisis de los resultados, 10 de los 126 participantes que habían aceptado realizar el tratamiento, aún no habían cumplido dos años tras la finalización del mismo.

la muestra de intención de tratar, es decir todos aquellos participantes que aceptaron iniciar el tratamiento tanto si lo abandonaron como si lo finalizaron ($n = 126$ para el seguimiento al año, $n = 116$ para el seguimiento a los dos años). Como puede observarse en la [tabla 17](#), la prevalencia de otros trastornos de ansiedad fue la más frecuente (69%, en ambos seguimientos), seguido del TEPT (63,5% al año y 63,8% a los dos años) y del TDM (49,2% al año y 49,1% a los dos años). Por otro lado, se encontró una alta comorbilidad psicopatológica entre los diagnósticos anteriormente mencionados, siendo la combinación de TEPT y TDM y la de TEPT y otros trastornos de ansiedad la más frecuente (39,7% para ambas combinaciones en el seguimiento al año y para el TEPT y TDM en el seguimiento a los dos años, siendo de 40,5% para el TEPT y otros trastornos de ansiedad en el seguimiento a los dos años), seguidas de la comorbilidad entre TDM y otros trastornos de ansiedad (31% para ambos seguimientos) y la de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad, la cual representaba el 25,4% de la muestra del seguimiento al año y el 25,9% del seguimiento a los dos años.

En la [tabla 17](#) podemos ver cómo en la muestra de intención de tratar, todos los diagnósticos disminuyen su prevalencia, encontrándose los diagnósticos aislados por debajo del 34,5% en el seguimiento al año y del 44,5% en el seguimiento a los dos años. Además, todas las comorbilidades se encuentran por debajo del 20% de la prevalencia en el seguimiento al año y del 23,5% en el seguimiento a los dos años. No obstante, es importante recordar que en la muestra de intención de tratar es prácticamente imposible que la prevalencia de los diagnósticos disminuya mucho más debido a que se tuvo en cuenta el criterio más conservador para los análisis, es decir, los diagnósticos de los participantes que abandonaron el tratamiento fueron los mismos en el seguimiento que en la evaluación pretratamiento.

Tabla 17. Diferencias en la muestra en cuanto a la prevalencia del TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades [pretratamiento (Pre) y seguimiento al año (Seg año), pretratamiento (Pre) y seguimiento a los dos años (Seg dos años)] y significación de las pruebas McNemar.

Trastornos mentales	Análisis de intención de tratar (todos los participantes)			
	Pre (n = 126)	Seg. año (n = 126)	Pre (n = 116)	Seg. dos años (n = 116)
TEPT	63,5	29,4***	63,8	34,5***
TDM	49,2	24,6***	49,1	30,2***
Otros trastornos de ansiedad	69	34,1***	69	44***
TEPT + TDM	39,7	19,8***	39,7	23,3***
TEPT + T. ansiedad	39,7	19***	40,5	22,4***
TEPT + TDM + T. ansiedad	25,4	12,7***	25,9	14,7***
TDM + T. ansiedad	31	15,9***	31	19**

Nota. Todos los valores son porcentajes. Seg. = Seguimiento. TEPT = Trastorno de estrés postraumático, TMD = Trastorno depresivo mayor. **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$. ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Además de la prevalencia, en la [tabla 17](#) se muestra la significación de las diferencias entre el pretratamiento y el seguimiento al año (pre-seg año) y entre el pretratamiento y el seguimiento a los dos años (pre-seg dos años), analizada mediante pruebas de McNemar. Puede observarse que todas las prevalencias en el pretratamiento disminuyen de forma estadísticamente significativa, con niveles de significación elevados para casi todos los diagnósticos ($p < ,001$), exceptuando el diagnóstico comórbido de TDM y otros trastornos de ansiedad en la muestra del seguimiento a los dos años, en el que la significación es media ($p < ,01$).

Si tenemos en cuenta la prevalencia de recuperación en los seguimientos en función de la prevalencia sobre las personas que presentaban diagnóstico en el pretratamiento ([Tabla 18](#)), podemos observar que en su mayoría, al menos el 50% de los

participantes que presentaban algún tipo de diagnóstico se recuperan, es decir, no presentan ese diagnóstico en el seguimiento al año, encontrando una recuperación mayor al 50% en el diagnóstico de TEPT (53,75%) y el de TEPT con otros trastornos de ansiedad (52%), y un poquito inferior en el diagnóstico combinado de TDM y otros trastornos de ansiedad (48,72%). En el seguimiento a los dos años, sin embargo, los porcentajes de recuperación son algo menores, siendo nuevamente las personas que sufrían TEPT, y TDM con otros trastornos de ansiedad (45,95% y 44,68%, respectivamente) los que más se recuperan, seguidos de las combinaciones de TEPT con TDM y otros trastornos de ansiedad (43,33%) y TEPT con TDM (41,3%). En este caso, el diagnóstico que menos se recupera difiere del seguimiento al año, siendo este el de otros trastornos de ansiedad (38,89%).

Tabla 18. Diferencias en la muestra en cuanto a la prevalencia en la recuperación [pretratamiento (Pre) y seguimiento al año (Seg año), pretratamiento (Pre) y seguimiento a los dos años (Seg dos años)] en función de la prevalencia sobre las personas que presentaban en el pretratamiento diagnóstico.

Análisis de intención de tratar (todos los participantes)				
Trastornos mentales	Pre (n = 126)	Seg. año	Pre (n = 116)	Seg. dos años
TEPT	63,5 (n = 80)	53,75 (n = 43)	63,8 (n = 74)	45,95 (n = 34)
TDM	49,2 (n = 62)	50 (n = 31)	49,1 (n = 57)	38,6 (n = 22)
Otros trastornos de ansiedad	69 (n = 87)	50,57 (n = 44)	69 (n = 80)	36,25 (n = 29)
TEPT+TDM	39,7 (n = 50)	50 (n = 25)	39,7 (n = 46)	41,3 (n = 19)
TEPT+Ansiedad	39,7 (n = 50)	52 (n = 26)	40,5 (n = 47)	44,68 (n = 21)
TEPT+TDM+Ansiedad	25,4 (n = 32)	50 (n = 16)	25,9 (n = 30)	43,33 (n = 13)

Análisis de intención de tratar (todos los participantes)				
Trastornos mentales	Pre (n = 126)	Seg. año	Pre (n = 116)	Seg. dos años
TDM+Ansiedad	31 (n = 39)	48,72 (n = 19)	31 (n = 36)	38,89 (n = 14)

Nota. Todos los valores son porcentajes (con la muestra a la que se corresponde en paréntesis). En el caso de los porcentajes pre, se corresponden con la muestra total de intención de tratar que presentaba diagnóstico en el pretratamiento y la muestra que se indica es el número de personas a las que corresponde dicho porcentaje, mientras que el caso del seguimiento al año y del seguimiento a los dos años, se corresponde con el porcentaje y la muestra con respecto a las personas que presentaban diagnóstico en el pretratamiento y que se recuperaron en el seguimiento, es decir, no presentan diagnóstico. Seg. = Seguimiento. TEPT = Trastorno de estrés postraumático, TMD = Trastorno depresivo mayor.

Así mismo, en la [tabla 19](#) se representa la prevalencia comparada de TEPT, TDM y de otros trastornos de ansiedad, así como la de sus comórbidos de la muestra del presente estudio una vez finalizado el tratamiento y en los seguimientos para la muestra de intención de tratar. Como puede observarse en la [tabla 19](#), la prevalencia de otros trastornos de ansiedad fue la más frecuente (34,9% para el seguimiento al año y 37,1% para el seguimiento a los dos años) lo que concuerda con la prevalencia de los trastornos encontrada en la evaluación pretratamiento, seguido del diagnóstico postratamiento de TEPT (26,2% al año y 28,4% a los dos años) y de TDM (20,6% al año y 22,4% a los dos años). Al igual que en la evaluación pretratamiento, la prevalencia de los diagnósticos comórbidos en la evaluación postratamiento es menor, siendo de 16,7% al año y de 18,1% a los dos años para la combinación de TEPT con TDM, de 15,9% al año y de 17,2% a los dos años para el TEPT con otros trastornos de ansiedad, de 12,7% al año y de 13,8% para el TDM con otros trastornos de ansiedad y de 10,3% al año y 11,2% a los dos años para el TEPT con TDM y otros trastornos de ansiedad.

En la [tabla 19](#) podemos ver cómo en el seguimiento al año la prevalencia de los trastornos es muy similar a la encontrada en el postratamiento, siendo prácticamente

igual para los participantes que presentaban otros trastornos de ansiedad, 34,1% en el seguimiento al año frente a 34,9% en el postratamiento, y ligeramente superior en el seguimiento al año frente al postratamiento en el resto de los diagnósticos, no obstante, en ninguno de ellos la diferencia fue lo suficientemente grande para que fuera estadísticamente significativo una vez que se realizaron las pruebas McNemar. En cuanto al seguimiento a los dos años, se observa que las diferencias en la prevalencia del diagnóstico son aún mayores que las encontradas en el seguimiento al año, no obstante, ninguna de ellas se acerca a los niveles encontrados en la evaluación pretratamiento y que se ven reflejadas en la [tabla 19](#), es más, exceptuando los diagnósticos de TEPT y TDM, que presentan una diferencia estadísticamente significativa pequeña ($p < ,05$), el resto de los diagnósticos no muestran diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de los trastornos al compararlas con la prevalencia obtenida en la evaluación postratamiento. Estas diferencias entre la prevalencia de los trastornos en el postratamiento y en el seguimiento a los dos años, podría deberse a que en la muestra de intención de tratar conservadora que se aplica en este estudio, son bastantes menos los participantes que completan el seguimiento a los dos años ($n = 54$) que los que completan la evaluación postratamiento ($n = 72^7$), por lo que en el seguimiento a los dos años se han tomado más casos como fracaso terapéutico que en el postratamiento, lo que podría haber influido en el incremento en la prevalencia de los diagnósticos en el seguimiento a los dos años.

⁷ Este dato difiere del diagrama de flujo en el que se indica que fueron 82 personas las que finalizaron el tratamiento ya que se han eliminado las 10 personas que finalizaron el tratamiento, pero aún no había transcurrido los dos años de la finalización del mismo necesarios para realizar el seguimiento a los dos años.

Tabla 19. Diferencias en la muestra en cuanto a la prevalencia del TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades [postratamiento (Post) y seguimiento al año (Seg. año), postratamiento (Post) y seguimiento a los dos años (Seg. dos años)] y significación de las pruebas McNemar.

Trastornos mentales	Análisis de intención de tratar (todos los participantes)			
	Post (n = 126)	Seg. año (n = 126 ‡)	Post (n = 116)	Seg. dos años (n = 116)
TEPT	26,2	29,4	28,4	34,5*
TDM	20,6	24,6	22,4	30,2*
Otros trastornos de ansiedad	34,9	34,1	37,1	44
TEPT+TDM	16,7	19,8	18,1	23,3
TEPT+Ansiedad	15,9	19	17,2	22,4
TEPT+TDM+Ansiedad	10,3	12,7	11,2	14,7
TDM+Ansiedad	12,7	15,9	13,8	19

Nota. Todos los valores son porcentajes. TEPT = Trastorno de estrés postraumático, TMD = Trastorno depresivo mayor. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$. ‡ Siete de los participantes realizaron el seguimiento a los seis meses en vez de al año, analizándose todos los datos juntos.

8.2.2. Efectividad del tratamiento en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad

En las [tablas 20](#) y [21](#) se recogen las puntuaciones medias que se han obtenido en la muestra de intención de tratar en los tres cuestionarios que medían la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad tanto en el pretratamiento comparado con el seguimiento al año y con el seguimiento a los dos años, como en el postratamiento comparado con el seguimiento al año y el seguimiento a los dos años. Se debe de tener en cuenta que se han utilizado los criterios más conservadores para la muestra de intención de tratar tal y como se ha mencionado anteriormente.

Si observamos la [tabla 20](#), los datos que hacen referencia a la PCL, indican que las puntuaciones medias se encontraban por encima del punto de corte o puntuación C

en el pretratamiento y que ambas disminuyen de dicha puntuación C en ambos seguimientos, así pues en el seguimiento al año ($n = 126$), pasa de 46,29 ($DT = 15,12$) a 35,99 ($DT = 17,40$) y en el seguimiento a los dos años ($n = 116$), pasa de 46,34 ($DT = 15,14$) a 41 ($DT = 32,57$). En el caso del BDI-II, la puntuación media pretratamiento también se encuentra por encima del punto de corte, descendiendo dicha puntuación por debajo de la puntuación C en los dos seguimientos, pasando de una media de 22,15 ($DT = 13,13$) a 15,08 ($DT = 14,11$) en el seguimiento al año y de 21,81 ($DT = 12,58$) a 17,29 ($DT = 14,10$) en el seguimiento a los dos años. Para el BAI, al igual que sucedió con la PCL y el BDI-II, las puntuaciones medias pretratamiento se encuentran por encima de la puntuación C en las muestras de los dos seguimientos, disminuyendo ambas al igual que en los dos anteriores cuestionarios por debajo del punto de corte en el seguimiento al año, descendiendo la media de 21,02 ($DT = 13,62$) a 14,02 ($DT = 13,58$) en el seguimiento al año, y descendiendo la media de 21,21 ($DT = 13,68$) a 17,32 ($DT = 14,83$) en el seguimiento a los dos años. En todos los casos (PCL, BDI-II y BAI) la disminución en las puntuaciones es mayor en el seguimiento al año frente al seguimiento a los dos años para la presente muestra de intención de tratar.

Se realizaron pruebas t para medidas relacionadas para comprobar si estas diferencias pre/seguimiento eran significativas, encontrándose un descenso significativo ($p < ,001$) de la sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa desde el pretratamiento hasta el seguimiento al año y de la sintomatología depresiva y ansiosa desde el pretratamiento al seguimiento a los dos años, no habiéndose encontrado un decremento significativo en la sintomatología postraumática desde el pretratamiento hasta el seguimiento a los dos años.

Tabla 20. Comparación en la muestra de intención de tratar de los niveles medios de sintomatología postraumática, depresiva y de ansiedad entre el pretratamiento (Pre) y el seguimiento año (Seg año) y entre el pretratamiento (Pre) y el seguimiento a los dos años (Seg dos años), significación de las pruebas de *t* de Student y tamaños del efecto pre/seg año y pre/seg dos años para cada grupo.

Sintomatología	Puntuación (criterio) de significación clínica	Análisis de intención de tratar (todos los participantes)					
		(t de Student)					
		Pre (n = 126)	Seg año (n = 126)	<i>d</i>	Pre (n = 116)	Seg dos años (n = 116)	<i>d</i>
Estrés pos- traumático (PCL)	> 44	46,29 (15,12)	35,99*** (17,40)	0,73	46,34 (15,14)	41 (32,57)	0,18
Depresión (BDI-II)	> 19	22,15 (13,13)	15,08*** (14,11)	0,72	21,81 (12,58)	17,29*** (14,10)	0,50
Ansiedad (BAI)	> 15	21,02 (13,62)	14,02*** (13,58)	0,62	21,21 (13,68)	17,32*** (14,83)	0,38

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique otra cosa. *d* = estadístico *d* de Cohen de tamaño del efecto (diferencia estandarizada entre medias pretratamiento/seguimiento año o pretratamiento/seguimiento dos años). PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck. ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

En cuanto al postratamiento, podemos observar en la [tabla 21](#), como los datos que hacen referencia a la PCL, indican que las puntuaciones medias de la muestra de los seguimientos al año y a los dos años, se encontraban por debajo del punto de corte o puntuación C en el postratamiento y que ambas aumentan en los seguimientos, haciéndolo de forma más pronunciada en el seguimiento a los dos años, no obstante, todas ellas se mantuvieron por debajo de la puntuación C, pasando de 35,29 ($DT = 15,84$) a 35,99 ($DT = 17,40$) en el seguimiento al año y de 35,43 ($DT = 15,70$) a 41 ($DT = 32,70$) en el seguimiento a los dos años. Lo mismo sucede en el caso del BDI-II,

pasando de una media de 14,37 ($DT = 13,59$) a 15,08 ($DT = 8,07$) en el seguimiento al año y de 14,46 ($DT = 13,51$) a 17,29 ($DT = 14,10$) en el seguimiento a los dos años. En el caso del BAI sucede lo mismo que anteriormente en el seguimiento al año pasando de una media de 12,87 ($DT = 13,15$) a 14,02 ($DT = 13,58$) pero no así en el seguimiento a los dos años, donde la puntuación se incrementa sobrepasando la puntuación C pasando de 13,12 ($DT = 13,31$) a 17,32 ($DT = 14,83$).

Se realizaron pruebas t para medidas relacionadas para comprobar si estas diferencias eran significativas, encontrándose que el incremento no era significativo en cuanto a sintomatología de estrés postraumático en ambos seguimientos y en cuanto a sintomatología depresiva en el seguimiento al año, sin embargo el incremento en sintomatología fue significativo para la sintomatología ansiosa en el seguimiento al año ($p < ,05$) y a los dos años ($p < ,001$) y para la sintomatología depresiva en el seguimiento a los dos años ($p < ,001$).

En la [tabla 20](#) podemos observar los tamaños del efecto pre-seguimiento y en la [tabla 21](#) los tamaños del efecto post-seguimiento. Vemos que para la comparación pre-seguimiento al año, el estadístico d de Cohen es de 0,63 para el PCL, 0,52 para el BDI-II y 0,51 para el BAI, considerándose los tres como medianos, según los criterios de Cohen, y que para la comparación pre-seguimiento a los dos años, el estadístico d de Cohen es de 0,21 para el PCL, 0,34 para el BDI-II y 0,27 para el BAI, considerándose los tres como pequeños. No obstante, estos son los resultados que cabrían esperar dado que se trata de la muestra de intención de tratar. En cuanto a la comparación post-seguimiento al año, podemos ver en la [tabla 21](#) que el estadístico d de Cohen es de 0,04 para el PCL, 0,05 para el BDI-II y 0,09 para el BAI, considerándose los tamaños del efecto demasiado pequeños, lo cual es lógico, ya que lo que se espera es que en los seguimientos se mantengan los logros obtenidos durante el tratamiento y por tanto si el

tratamiento funciona no deberían de encontrarse dichas diferencias, tal y como podemos observar en la [tabla 20](#) en cuanto a la sintomatología en el seguimiento al año, lo mismo ocurre en el seguimiento a los dos años en el que el tamaño del efecto sigue siendo pequeño, siendo de 0,22 para el PCL, 0,2 para el BDI-II y 0,3 para el BAI.

Tabla 21. Comparación en la muestra de intención de tratar de los niveles medios de sintomatología postraumática, depresiva y de ansiedad entre el postratamiento (Post) y el seguimiento año (Seg), y entre el postratamiento y el seguimiento a los dos años (Seg dos años), significación de las pruebas de *t* de Student y tamaños del efecto post/seg año y post/seg dos años para cada grupo.

Sintomatología	Puntuación (criterio) de significación clínica	Análisis de intención de tratar (todos los participantes)					
		(t de Student)					
		Post (n = 126)	Seg año (n = 126)	<i>d</i>	Post (n = 116)	Seg dos años (n = 116)	<i>d</i>
Estrés pos- traumático (PCL)	> 44	35,29 (15,84)	35,99 (17,40)	-0,07	35,43 (15,70)	41 (32,57)	-0,18
Depresión (BDI-II)	> 19	14,37 (13,59)	15,08 (14,11)	-0,08	14,46 (13,51)	17,29* (14,10)	-0,29
Ansiedad (BAI)	> 15	12,87 (13,15)	14,02* (13,58)	-0,18	13,12 (13,31)	17,32*** (14,83)	-0,38

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique otra cosa. *d* = estadístico *d* de Cohen de tamaño del efecto (diferencia estandarizada entre medias pretratamiento/seguimiento año o pretratamiento/seguimiento dos años). PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$; ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

8.2.3. Efectividad del tratamiento en función de la significación clínica en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad

En la [figura 7](#) se recoge el porcentaje de participantes que en la evaluación pretratamiento, en la evaluación postratamiento y en el seguimiento al año ($n = 126$) se encontraron por debajo de la puntuación C, en un 70,6% de los participantes sus puntuaciones en la PCL se encontraban por debajo del punto de corte lo que suponía una reducción de la sintomatología de 25,4 puntos porcentuales con respecto a la evaluación pre, mientras que las puntuaciones del BDI-II y del BAI que se encontraban por debajo de la puntuación de corte eran de un 65,9% y de un 61,9% respectivamente, lo que suponía un descenso de 23 puntos porcentuales para el BDI-II y de 21,4 para el BAI. En todos los casos los descensos son bastante elevados teniendo en cuenta que estamos hablando de la muestra de intención de tratar.

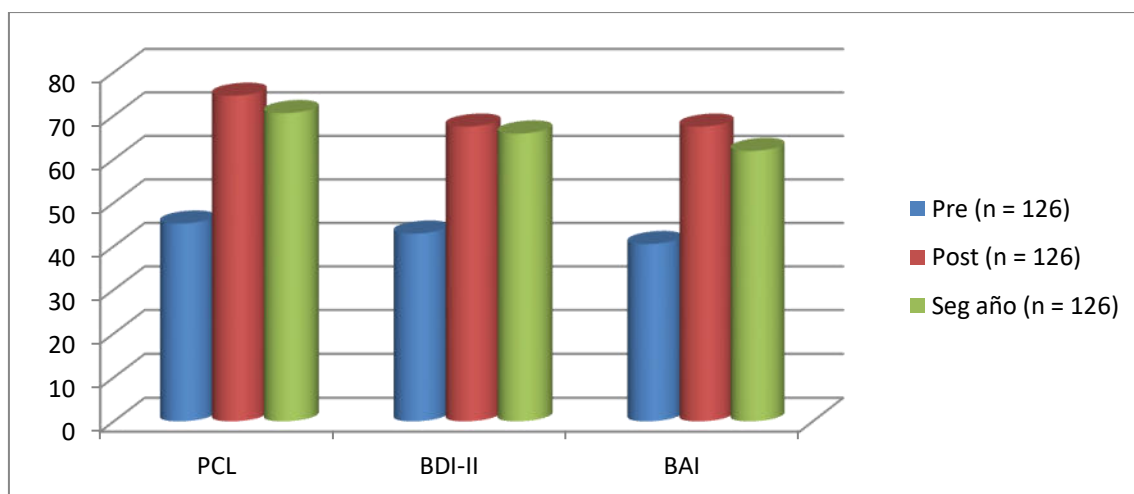


Figura 7. Porcentaje de participantes con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación pre, post y seguimiento al año de la muestra de intención de tratar

Al igual que en la anterior figura, en la [figura 8](#) se recoge el porcentaje de participantes que en la evaluación pretratamiento, en la evaluación postratamiento y en este caso el seguimiento a los dos años ($n = 116$) se encontraron por debajo de la puntuación C, en un 65,5% de los participantes sus puntuaciones en la PCL se encontraban por debajo del punto de corte lo que suponía una reducción de la sintomatología de 20,7 puntos porcentuales con respecto a la evaluación pre, mientras que las puntuaciones del BDI-II y del BAI que se encontraban por debajo de la puntuación de corte eran de un 48,6% y de un 52,6% respectivamente, lo que suponía un descenso de 5,5 puntos porcentuales para el BDI-II y de 12,1 para el BAI, todas las disminuciones aunque menores que en el seguimiento al año, también son decrementos importantes teniendo en cuenta la muestra analizada.

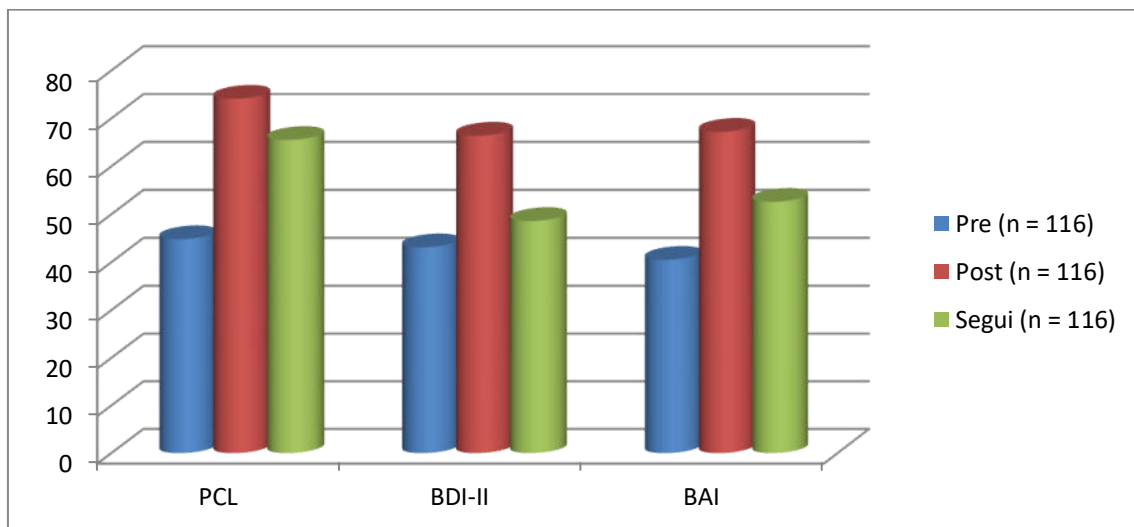


Figura 8. Porcentaje de participantes con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación pre, post y seguimiento a los dos años de la muestra de intención de tratar

8.3. Análisis de la efectividad del tratamiento en la muestra de seguimientos completos realizados al año y los dos años tras la aplicación del tratamiento

En este apartado se compararán los resultados obtenidos a largo plazo en los seguimientos al año y los dos años de la muestra de participantes que completaron los seguimientos ($n = 76$ para el seguimiento al año, $n = 54$ para el seguimiento a los dos años) con los resultados obtenidos por la misma muestra en la evaluación pretratamiento y en la evaluación postratamiento, a través de los tres análisis ya comentados: diagnóstico, sintomatológico y significación clínica.

8.3.1. Efectividad del tratamiento en función de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad, de depresión o sus comórbidos diagnosticables

Al igual que en la muestra de intención de tratar, en la [tabla 22](#) podemos observar para la muestra de completos, la prevalencia de cada uno de los diagnósticos de la muestra del presente estudio antes de iniciar el tratamiento y en el seguimiento al año ($n = 76$) y a los dos años ($n = 54$), teniendo de referencia la prevalencia de los trastornos en la muestra de intención de tratar. Como puede observarse en la [tabla 22](#), la prevalencia de los trastornos sigue la misma línea encontrada en la muestra de intención de tratar siendo el diagnóstico de otros trastornos de ansiedad el más frecuente para el seguimiento al año (68,4%) y a los dos años (66,7%) y muy similar al encontrado anteriormente en la muestra de intención de tratar (69% para ambos seguimientos), seguido del TEPT (61,8% para el seguimiento al año y 64,8% para el seguimiento a los

dos años), y del TDM (46,1% para el seguimiento al año o 46,3% para el seguimiento a los dos años). Por otro lado, al igual que en la muestra de intención de tratar, se encontró una alta comorbilidad psicopatológica entre los diagnósticos anteriormente mencionados, siendo la combinación de TEPT y TDM (36,8% para el seguimiento al año y 35,2 para el seguimiento a los dos años) y la de TEPT y otros trastornos de ansiedad la más frecuente (36,8% para el seguimiento al año y 38,9 para el seguimiento a los dos años), seguidas de la comorbilidad entre TDM y otros trastornos de ansiedad (28,9% para el seguimiento al año y 29,6 para el seguimiento a los dos años) y la de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad, la cual representaba el 23,7% de la muestra del seguimiento al año y el 24,1% del seguimiento a los dos años. Además, el porcentaje en la prevalencia de los trastornos en todos los diagnósticos y sus combinaciones es muy similar en la muestra de completos a la obtenida en la muestra de intención de tratar ([Tabla 17](#)) para cada uno de los seguimientos.

En la [tabla 22](#) podemos observar cómo en la muestra de completos, todos los diagnósticos disminuyen su prevalencia en el seguimiento al año y a los dos años, no siendo superiores en ningún caso los diagnósticos aislados al 12% para el seguimiento al año y al 15% en el seguimiento a los dos años, es más, la prevalencia del TEPT en el seguimiento a los dos años es tan sólo del 1,9%. Además, todas las comorbilidades se encuentran por debajo del 4% de la prevalencia para ambos seguimientos, siendo esta del 0% para las combinaciones de TEPT con TDM, TEPT con otros trastornos de ansiedad y TEPT con TDM y otros trastornos de ansiedad para el seguimiento a los dos años, lo que implica la ausencia de dichos diagnósticos para este seguimiento.

Además de la prevalencia, en la [tabla 22](#) se muestra la significación de las diferencias entre el pretratamiento y el seguimiento al año (pre-seg año) y entre el

pretratamiento y el seguimiento a los dos años (pre-seg dos años), analizada mediante pruebas de McNemar. Puede observarse que todas las prevalencias en el pretratamiento disminuyen de forma estadísticamente significativa, con significaciones elevadas para casi todos los diagnósticos ($p < ,001$), exceptuando en el diagnóstico comórbido de TDM y otros trastornos de ansiedad en la muestra del seguimiento a los dos años, en el que la significación es media ($p < ,01$).

Tabla 22. Diferencias en la muestra en cuanto a la prevalencia del TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades [pretratamiento (Pre) y seguimiento al año (Seg año), pretratamiento (Pre) y seguimiento a los dos años (Seg dos años)] y significación de las pruebas McNemar.

Análisis de los participantes con datos completos						
Trastornos mentales	Pre (<i>n</i> = 126)	Pre (<i>n</i> = 76)	Seg año (<i>n</i> = 76 ^a)	Pre (<i>n</i> = 116)	Pre (<i>n</i> = 54)	Seg dos años (<i>n</i> = 54)
TEPT	63,5	61,8	5,3***	63,8	64,8	1,9***
TDM	49,2	46,1	5,3***	49,1	46,3	5,6***
Otros trastornos de ansiedad	69	68,4	11,8***	69	66,7	14,8***
TEPT+TDM	39,7	36,8	3,9***	39,7	35,2	0***
TEPT+Ansiedad	39,7	36,8	2,6***	40,5	38,9	0***
TEPT+TDM+Ansiedad	25,4	23,7	2,6***	25,9	24,1	0***
TDM+Ansiedad	31	28,9	3,9***	31	29,6	3,7**

Nota. Todos los valores son porcentajes. TEPT = Trastorno de Estrés Postraumático, TMD = Trastorno Depresivo Mayor. ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.
^a Siete de los participantes realizaron el seguimiento a los seis meses en vez de al año, analizándose todos los datos juntos.

Si tenemos en cuenta la prevalencia de recuperación en los seguimientos en función de la prevalencia sobre las personas que presentaban diagnóstico en el pretratamiento ([Tabla 23](#)), podemos observar que en el seguimiento al año, entre el 82 y casi el 93% de los participantes que presentaban algún tipo de diagnóstico se recuperan,

es decir, no presentan ese diagnóstico en el seguimiento al año, encontrando una recuperación del 91,49% para el TEPT, del 88,57% para el TDM y del 82,69% para otros trastornos de ansiedad, los porcentajes en la recuperación de sus combinaciones son similares a las alcanzadas por los diagnósticos aislados, siendo del 89,29% para la combinación de TEPT con TDM, del 92,86% para la combinación de TEPT con otros trastornos de ansiedad, del 88,89% para el TEPT con TDM y otros trastornos de ansiedad, y del 86,36% para el TDM con ansiedad. En el seguimiento a los dos años, los porcentajes de recuperación son aún mejores que en el seguimiento al año, habiendo diagnósticos para los que se obtiene una recuperación del 100%, es decir, la ausencia de dicho diagnóstico en todas las personas que lo presentaban, tal es el caso de las combinaciones de diagnóstico de TEPT y TDM, TEPT y otros trastornos de ansiedad y TEPT con TDM, además el porcentaje de recuperación para el resto de los diagnósticos es muy elevada, encontrando que los participantes con diagnóstico de TEPT se han recuperado en un 97,14%, los participantes con TDM en un 88%, los participantes con otros trastornos de ansiedad en un 77,78% y los participantes con TDM y ansiedad en un 87,5%.

Si observamos la [tabla 24](#) podemos hacernos una idea completa de la recuperación de los participantes en cuando al diagnóstico tanto en la muestra de intención de tratar como en la muestra de completos. Así pues, podemos observar que en ambas muestras (intención de tratar y completos) la recuperación supera el 50% en la mayoría de los diagnósticos, exceptuando en la muestra de intención de tratar del seguimiento a los dos años en la que la recuperación es menor, si bien esto podría deberse a la propia muestra de intención de tratar en la que se ha tomado el criterio más conservador para los diagnósticos en los casos que abandonaron la terapia o cuando

había valores perdidos, ya que la muestra de completos del seguimiento a los dos años, es sin lugar a dudas la mejor en cuanto a la recuperación de los participantes puesto que en varios de los diagnósticos las víctimas consiguen una recuperación del 100%.

Tabla 23. Diferencias en la muestra en cuanto a la prevalencia [pretratamiento (Pre) y seguimiento al año (Seg año), pretratamiento (Pre) y seguimiento a los dos años (Seg dos años)] en función de la prevalencia sobre las personas que presentaban en el pretratamiento diagnóstico.

Trastornos mentales	Análisis de los participantes con datos completos			
	Pre (n = 76)	Seg año (n = 76 [‡])	Pre (n = 54)	Seg dos años (n = 54)
TEPT	61,8 (n = 47)	91,49 (n = 43)	64,8 (n = 35)	97,14 (n = 34)
TDM	46,1 (n = 35)	88,57 (n = 31)	46,3 (n = 25)	88 (n = 22)
Otros trastornos de ansiedad	68,4 (n = 52)	82,69 (n = 43)	66,7 (n = 36)	77,78 (n = 28)
TEPT+TDM	36,8 (n = 28)	89,29 (n = 25)	35,2 (n = 19)	100 (n = 19)
TEPT+Ansiedad	36,8 (n = 28)	92,86 (n = 26)	38,9 (n = 21)	100 (n = 21)
TEPT+TDM+Ansiedad	23,7 (n = 18)	88,89 (n = 16)	24,1 (n = 13)	100 (n = 13)
TDM+Ansiedad	28,9 (n = 22)	86,36 (n = 19)	29,6 (n = 16)	87,5 (n = 14)

Nota. Todos los valores son porcentajes (con la muestra a la que se corresponde en paréntesis). En el caso de los porcentajes pre, se corresponden con la muestra total de completos que presentaban diagnóstico y la muestra que se indica es el número de personas a las que corresponde dicho porcentaje, mientras que el caso del seguimiento al año y del seguimiento a los dos años, se corresponde con el porcentaje y la muestra con respecto a las personas que presentaban diagnóstico en el pretratamiento en relación a la recuperación de las mismas, es decir, los que no presentaban diagnóstico en el seguimiento. TEPT = Trastorno de Estrés Postraumático, TMD = Trastorno Depresivo Mayor.

Tabla 24. Diferencias en la muestra en cuanto a la prevalencia [pretratamiento (Pre) y seguimiento al año (Seg año), pretratamiento (Pre) y seguimiento a los dos años (Seg dos años)] en función de la prevalencia sobre las personas que presentaban en el pretratamiento diagnóstico tanto en completos como intención de tratar.

Trastornos mentales	Análisis de los participantes con intención de tratar y con datos completos							
	Pre (n = 126)	Seg año (n = 126)	Pre (n = 76)	Seg año (n = 76‡)	Pre (n = 126)	Seg dos años (n = 126)	Pre (n = 54)	Seg dos años (n = 54)
TEPT	63,5	53,75	61,8	91,49	63,8	45,95	64,8	97,14
TDM	49,2	50	46,1	88,57	49,1	38,6	46,3	88
Otros trastornos de ansiedad	69	50,57	68,4	82,69	69	36,25	66,7	77,78
TEPT+TDM	39,7	50	36,8	89,29	39,7	41,3	35,2	100
TEPT+Ansiedad	39,7	52	36,8	92,86	40,5	44,68	38,9	100
TEPT+TDM+Ansiedad	25,4	50	23,7	88,89	25,9	43,33	24,1	100
TDM+Ansiedad	31	48,72	28,9	86,36	31	38,89	29,6	87,5

Nota. Todos los valores son porcentajes (con la muestra a la que se corresponde en paréntesis). En el caso de los porcentajes pre, se corresponden con la muestra total que presentaba diagnóstico, mientras que el caso del seguimiento al año y del seguimiento a los dos años, se corresponde con el porcentaje de personas que se habían recuperado, es decir que no presentaban diagnóstico. TEPT = Trastorno de estrés postraumático, TMD = Trastorno depresivo mayor.

En la [tabla 25](#) se representa la prevalencia comparada de TEPT, TDM y de otros trastornos de ansiedad, así como la de sus comórbidos de la muestra del presente estudio en el postratamiento y en los seguimientos para la muestra de completos. Como puede observarse en la [tabla 25](#), al igual que en la muestra de intención de tratar, la prevalencia de otros trastornos de ansiedad fue la más frecuente (17,1% para el seguimiento al año y 20,4% para el seguimiento a los dos años), seguido del diagnóstico postratamiento de TEPT (5,3% al año y 7,4% a los dos años) y de TDM, TEPT con TDM, y TEPT con ansiedad (2,6% al año para los tres diagnóstico y 3,7% a los dos años para los tres

diagnósticos). La prevalencia de los diagnósticos comórbidos de TEPT con TDM y ansiedad y de TDM con ansiedad, presentan una prevalencia aún menor (1,3% para el seguimiento al año en ambos diagnósticos y 1,9% para el seguimiento a los dos años en ambos diagnósticos), llegando a ser esta residual.

En la [tabla 25](#) podemos ver cómo en el seguimiento al año la prevalencia de los trastornos es muy similar a la encontrada en el postratamiento aunque ligeramente superior a esta última, excepto para los participantes que presentaban TEPT (5,3%) y para los que presentaban TEPT con ansiedad (2,6%) en el que la prevalencia en el postratamiento y en el seguimiento al año era igual, y siendo ligeramente inferior en el seguimiento al año para el diagnóstico de ansiedad (11,8% frente a 17,1%). Si nos fijamos sin embargo en el postratamiento y el seguimiento a los dos años, podemos comprobar como en los diagnósticos comórbidos de TEPT con TDM, TEPT con ansiedad y TEPT con TDM y ansiedad, la prevalencia de los diagnósticos en el seguimiento frente al postratamiento disminuye llegando a desaparecer, es decir, a no mostrar el diagnóstico. Además, la prevalencia del TEPT así como la de otros trastornos de ansiedad disminuye en el seguimiento a los dos años (1,9% frente a 7,4%, y 14,8% frente a 20,4%, respectivamente), sin embargo, para los diagnósticos de TDM y TDM con ansiedad, la prevalencia del diagnóstico aumenta ligeramente (5,6% frente a 3,7% y 3,7% frente a 1,9% respectivamente). No obstante, en ninguno de los diagnósticos tanto del seguimiento al año como del seguimiento a los dos años comparado con la evaluación postratamiento, la diferencia fue lo suficientemente grande para que fuera estadísticamente significativa una vez que se realizaron las pruebas McNemar.

Tabla 25. Diferencias en la muestra en cuanto a la prevalencia del TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades [postratamiento (Post) y seguimiento al año (Seg año), postratamiento (Post) y seguimiento a los dos años (Seg dos años)] y significación de las pruebas McNemar.

Análisis de los participantes con datos completos						
Trastornos mentales	Post (n = 126)	Post (n = 76)	Seg año (n = 76‡)	Post (n = 116)	Post (n = 54)	Seg dos años (n = 54)
TEPT	26,2	5,3	5,3	28,4	7,4	1,9
TDM	20,6	2,6	5,3	22,4	3,7	5,6
Otros trastornos de ansiedad	34,9	17,1	11,8	37,1	20,4	14,8
TEPT+TDM	16,7	2,6	3,9	18,1	3,7	0
TEPT+Ansiedad	15,9	2,6	2,6	17,2	3,7	0
TEPT+TDM+Ansiedad	10,3	1,3	2,6	11,2	1,9	0
TDM+Ansiedad	12,7	1,3	3,9	13,8	1,9	3,7

Nota. Todos los valores son porcentajes. TEPT = Trastorno de estrés postraumático, TMD = Trastorno depresivo mayor. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$. **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$. ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$. ‡ Siete de los participantes realizaron el seguimiento a los seis meses en vez de al año, analizándose todos los datos juntos.

8.3.2. Efectividad del tratamiento en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad

En las [tablas 26](#) y [27](#) se recogen las puntuaciones medias que se han obtenido en la muestra de completos en los tres cuestionarios que medían la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad tanto en el pretratamiento comparado con el seguimiento al año y con el seguimiento a los dos años, como en el postratamiento comparado con el seguimiento al año y el seguimiento a los dos años de la misma manera que se realizó con la muestra de intención de tratar.

Tal y como observamos en la [tabla 26](#), los datos que hacen referencia a la PCL, indican que las puntuaciones medias se encontraban por encima del punto de corte o puntuación C en el pretratamiento y que ambas disminuyen de dicha puntuación C en el seguimiento al año ($n = 76$), pasando de 44,36 ($DT = 14,70$) a 27,29 ($DT = 12,49$) y en el seguimiento a los dos años ($n = 45$), pasando de 43,47 ($DT = 14,09$) a 22,16 ($DT = 5,22$). En el caso del BDI-II, la puntuación media pretratamiento también se encuentra por encima del punto de corte en el seguimiento al año y rozando el punto del corte en el seguimiento a los dos años, descendiendo dicha puntuación por debajo de la puntuación C en los dos seguimientos pasando de una media de 19,80 ($DT = 12,55$) a 8,08 ($DT = 9,54$) en el seguimiento al año y de 18,60 ($DT = 10,69$) a 5,95 ($DT = 6,83$) en el seguimiento a los dos años. Para el BAI, al igual que sucedió con la PCL y el BDI-II, las puntuaciones medias pretratamiento se encuentran por encima de la puntuación C en las muestras de los dos seguimientos, disminuyendo ambas al igual que en los dos anteriores cuestionarios por debajo del punto de corte en el seguimiento al año, descendiendo la media de 18,62 ($DT = 13,28$) a 7,01 ($DT = 7,99$) y descendiendo la media de 17,14 ($DT = 12,76$) a 5,42 ($DT = 6,42$) en el seguimiento a los dos años. Además, puede observarse que las reducciones de las puntuaciones medias son mayores en el seguimiento a los dos años.

Es muy importante reseñar que en todos los cuestionarios (PCL, BDI-II y BAI) la media de las puntuaciones de la muestra de completos ([Tabla 26](#)) se muestra muy similar a la media de las puntuaciones de la muestra de intención de tratar para cada uno de los seguimientos ([Tabla 20](#)).

Tabla 26. Comparación en la muestra de los niveles medios de sintomatología postraumática, depresiva y de ansiedad entre el pretratamiento (Pre) y el seguimiento año (Seg año) y el seguimiento a los dos años (Seg dos años), significación de las pruebas de *t* de Student y tamaños del efecto pre/seguí año y pre/seguí dos años para cada grupo.

Sintomatología	Puntuación (criterio) de significación clínica	Análisis de los participantes con datos completos (<i>t</i> de Student)							
		Pre	Pre	Seg año	<i>d</i>	Pre	Pre	Seg dos años	<i>d</i>
		(<i>n</i> = 126)	(<i>n</i> = 76)	(<i>n</i> = 76 ^a)		(<i>n</i> = 116)	(<i>n</i> = 45)	(<i>n</i> = 45 ^b)	
Estrés pos-traumático (PCL)	> 44	46,29 (15,12)	44,36 (14,70)	27,29*** (12,49)	1,16	46,34 (14,14)	43,47 (14,09)	22,16*** (5,22)	1,73
Depresión (BDI-II)	> 19	22,15 (13,13)	19,80 (12,55)	8,08*** (9,54)	1,15	21,81 (12,76)	18,60 (10,69)	5,95*** (6,83)	1,23
Ansiedad (BAI)	> 15	21,02 (13,62)	18,62 (13,28)	7,01*** (7,99)	0,93	21,21 (13,68)	17,14 (12,76)	5,42*** (6,42)	0,93

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique otra cosa. *d* = estadístico *d* de Cohen de tamaño del efecto (diferencia estandarizada entre medias pretratamiento/seguimiento año o pretratamiento/seguimiento dos años). PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck. ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$. ^a Siete de los participantes realizaron el seguimiento a los seis meses en vez de al año, analizándose todos los datos juntos. ^b La muestra para los cuestionarios BDI-II y BAI fue de 43 participantes.

Se realizaron pruebas t para medidas relacionadas para comprobar si estas diferencias pre/seguimiento eran significativas, encontrándose un descenso significativo ($p < ,001$) de la sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa desde el pretratamiento hasta el seguimiento al año y a los dos años.

En cuanto al postratamiento, podemos observar en la [tabla 27](#), como los datos que hacen referencia a la PCL, indican que las puntuaciones medias de la muestra de los seguimientos al año y a los dos años, se encontraban por debajo del punto de corte o puntuación C en el postratamiento y que ambas se mantienen en los seguimientos al año, aumentando ligeramente en el caso de la sintomatología ansiosa en los seguimientos a los dos años, desciende la sintomatología depresiva y de manera más pronunciada la sintomatología postraumática, y se mantiene la sintomatología ansiosa. No obstante, todas ellas se mantuvieron por debajo de la puntuación C, pasando de 27 ($DT = 9,45$) a 27,29 ($DT = 12,49$) en el seguimiento al año y de 25,29 ($DT = 8,88$) a 22,16 ($DT = 5,22$) en el seguimiento a los dos años donde puede percibirse la disminución de la puntuación C para el PCL. Lo mismo sucede en el caso del BDI-II, pasando de una media de 8,04 ($DT = 9,32$) a 8,08 ($DT = 9,54$) en el seguimiento al año y de 6,65 ($DT = 6,60$) a 5,95 ($DT = 6,83$) en el seguimiento a los dos años. En el caso del BAI por el contrario, en el seguimiento al año la puntuación C aumenta en el seguimiento con respecto al postratamiento pasando de una media de 5,75 ($DT = 6,00$) a 7,01 ($DT = 7,99$) no ocurriendo esto en el seguimiento a los dos años, donde la puntuación C se mantiene estable pasando de 5,30 ($DT = 6,42$) a 5,42 ($DT = 6,42$).

Se realizaron pruebas t para medidas relacionadas para comprobar si estas diferencias eran significativas, encontrándose que el incremento no era significativo en cuanto a sintomatología depresiva y ansiosa para ambos seguimientos, y en cuanto a sintomatología postraumática en el seguimiento al año. Sin embargo, sí que se

encontraron diferencias significativas ($p < .01$) en la disminución de la sintomatología postraumática en el seguimiento a los dos años con respecto a la sintomatología presentada en la evaluación postratamiento.

En la [tabla 26](#) podemos observar los tamaños del efecto pre-seguimiento y en la [tabla 27](#) los tamaños del efecto post-seguimiento. Vemos que para la comparación pre-seguimiento al año, el estadístico d de Cohen es de 1,16 para el PCL, 1,15 para el BDI-II y 0,93 para el BAI, considerándose los tres como grandes, según los criterios de Cohen, y que para la comparación pre-seguimiento a los dos años, el estadístico d de Cohen es de 1,73 para el PCL, 1,23 para el BDI-II y 0,93 para el BAI, considerándose al igual que los anteriores grandes, según los criterios de Cohen por lo que podemos determinar que la magnitud del cambio en ambos seguimientos para todas las puntuaciones es grande con respecto a las medias obtenidas en la evaluación pretratamiento.

En cuanto a la comparación post-seguimiento al año, podemos ver en la [tabla 26](#) que el estadístico d de Cohen es de 0,03 para el PCL, 0,05 para el BDI-II y 0,18 para el BAI, considerándose los tamaños del efecto demasiado pequeños, lo cual tal y como comentamos en la muestra de intención de tratar es lógico, ya que lo que se espera es que en los seguimientos se mantengan los logros obtenidos durante el tratamiento. Con respecto al seguimiento a los dos años, el tamaño del efecto sigue siendo pequeño para el BDI-II con un 0,1 y para el BAI con un 0,02, no obstante, en el caso del PCL el tamaño del efecto es de 0,5, considerado como mediano según los estándares de Cohen, por lo que podemos interpretar que en esta puntuación sí que se han encontrado diferencias en las medidas.

Tabla 27. Comparación en la muestra de los niveles medios de sintomatología postraumática, depresiva y de ansiedad entre el postratamiento (Post) y el seguimiento año (Seg año), y entre el postratamiento (Post) y el seguimiento a los dos años (Seg dos años), significación de las pruebas de *t* de Student y tamaños del efecto post/seguí año y post/seguí dos años para cada grupo.

Sintomatología	Puntuación (criterio) de significación clínica	Análisis de los participantes con datos completos							
		(t de Student)							
		Post (n = 126)	Post (n = 76)	Seg Año (n = 76 ^a)	d	Post (n = 116)	Post (n = 45)	Seg dos años (n = 45 ^b)	d
Estrés pos- traumático (PCL)	> 44	35,29 (15,84)	27,00 (9,45)	27,29 (12,49)	-0,03	35,43 (15,70)	25,29 (8,88)	22,16** (5,22)	0,50
Depresión (BDI-II)	> 19	14,37 (13,59)	8,04 (9,32)	8,08 (9,54)	-0,05	14,46 (13,51)	6,65 (6,60)	5,95 (6,83)	0,10
Ansiedad (BAI)	> 15	12,87 (13,15)	5,75 (6,00)	7,01 (7,99)	-0,18	13,12 (13,31)	5,30 (6,42)	5,42 (6,42)	-0,02

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique otra cosa. *d* = estadístico *d* de Cohen de tamaño del efecto (diferencia estandarizada entre medias pretratamiento/seguimiento año o pretratamiento/seguimiento dos años). PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck. **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$. ^a Siete de los participantes realizaron el seguimiento a los seis meses en vez de al año, analizándose todos los datos juntos. ^b La muestra para los cuestionarios BDI-II y BAI fue de 43 participantes.

8.1.3. Efectividad del tratamiento en función de la significación clínica en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad

En la [figura 9](#) se recoge el porcentaje de participantes que en la evaluación pretratamiento, en la evaluación postratamiento y en el seguimiento al año ($n = 72$) se encontraron por debajo de la puntuación C. En un 92,1% de los participantes sus puntuaciones en la PCL se encontraban por debajo del punto de corte lo que suponía una reducción de la sintomatología de 42,1 puntos porcentuales con respecto a la evaluación pre, mientras que las puntuaciones del BDI-II y del BAI que se encontraban por debajo de la puntuación de corte eran de un 90,8% y de un 86,8% respectivamente, lo que suponía un descenso de 38,2 puntos porcentuales para el BDI-II y de 35,5 para el BAI. En todos los casos los descensos son muy elevados.

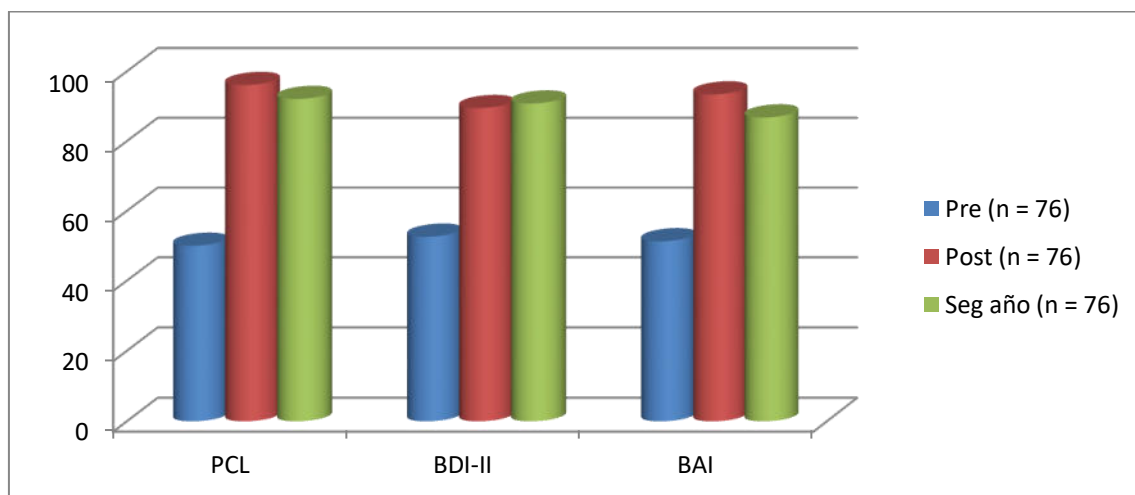


Figura 9. Porcentaje de participantes con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación pre, post y seguimiento al año de la muestra de completos

Al igual que en la anterior figura, en la [figura 10](#) se recoge el porcentaje de participantes que en la evaluación pretratamiento, en la evaluación postratamiento y en este caso el seguimiento a los dos años ($n = 45^8$) se encontraban por debajo de la puntuación C.

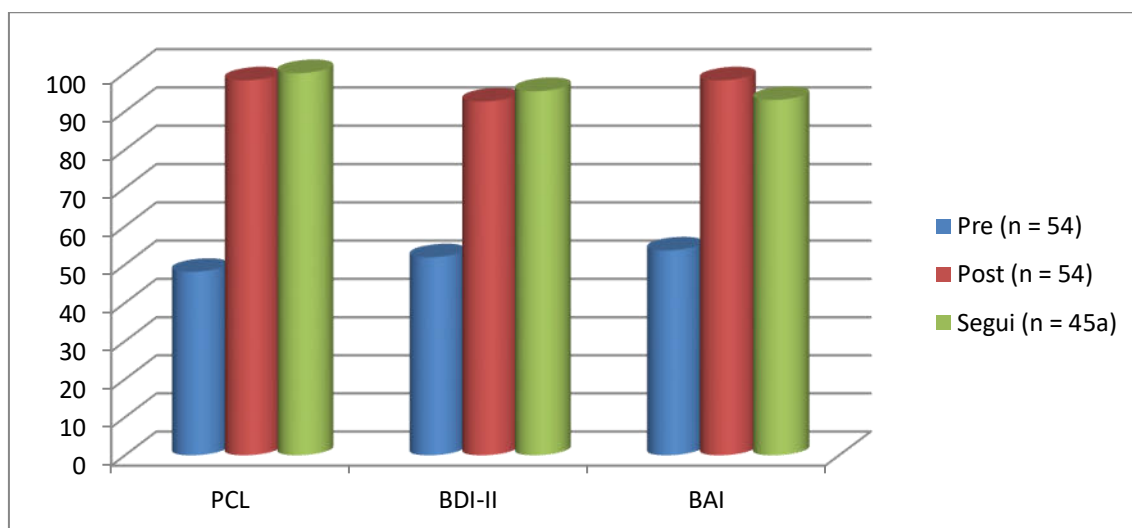


Figura 10. Porcentaje de participantes con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación pre, post y seguimiento a los dos años de la muestra de completos.

En el seguimiento a los dos años, el 100% de los participantes mostraban puntuaciones en la PCL que se encontraban por debajo del punto de corte, lo que suponía una reducción de la sintomatología de 51,9 puntos porcentuales con respecto a la evaluación pre e incluso una reducción de 1,9 puntos porcentuales con respecto a la evaluación postratamiento, mientras que los porcentajes de pacientes que mostraban puntuaciones del BDI-II y del BAI por debajo de la puntuación de corte eran de 95,3% y 93% respectivamente, menores que el anterior respecto a la PCL, pero muy satisfactorios en cuanto a la reducción de la sintomatología depresiva y ansiosa, ya que, respecto al pretratamiento, esos porcentajes suponían una disminución de 43,3 puntos

⁸ Aunque la muestra de los seguimientos al año fue de 54, de estas personas sólo 45 respondieron a la PCL y 43 a los cuestionarios BDI-II y BAI en el seguimiento a los dos años.

porcentuales para el BDI-II y de 39,3 para el BAI. Además, en este caso, estas disminuciones eran mayores que en el seguimiento al año, con decrementos bastante importantes para tenerlos en cuenta debido al plazo analizado tan largo.

8.4. Efectividad del tratamiento en función de si las víctimas estaban recibiendo adicionalmente medicación o no

Debido a que un 47,4% de los participantes que habían completado el seguimiento al año ($n = 76$) y un 50% que lo habían completado a los dos años ($n = 54$) estuvieron recibiendo ayuda psiquiátrica en el momento de la evaluación pretratamiento, se estimó necesario realizar análisis sobre la contribución que este tratamiento podría tener sobre los resultados de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma a muy largo plazo. En este caso los análisis se realizarán únicamente sobre la muestra de completos, y se realizarán como en apartados anteriores en función de: la prevalencia de los diagnósticos, el nivel medio de sintomatología y la significación clínica.

8.4.1. Efectividad del tratamiento en función de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad o de depresión diagnosticables dependiendo de si recibían medicación

Para determinar si existen diferencias entre el grupo de tratamiento de participantes que recibieron terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma junto con medicación del grupo que recibió exclusivamente TCC centrada en el trauma, debemos conocer en primer lugar los porcentajes de cada uno de los diagnósticos que se

han analizado en apartados anteriores y definir si hay diferencias entre ellos. Así pues en la [tabla 28](#), podemos observar la prevalencia de los diagnósticos de la muestra de completos tanto en el pretratamiento como en seguimiento al año, y en la [tabla 29](#) la prevalencia de los diagnósticos en la muestra de completos en el pretratamiento y en el seguimiento a los dos años.

Como puede observarse en la [tabla 28](#), la prevalencia de los trastornos sigue la misma línea encontrada en la muestra general, siendo el diagnóstico de otros trastornos de ansiedad el más frecuente tanto en el pretratamiento del tratamiento aislado (72,5%) como del combinado (63,9%), si bien en el primero la prevalencia del trastorno es ligeramente mayor, de la misma manera que sucede en el seguimiento al año. El resto de medidas son todas superiores en el pretratamiento para el grupo de participantes que además de recibir el tratamiento psicológico recibieron medicación, notándose una diferencia más acentuada en el diagnóstico de TDM en el que los participantes del grupo de tratamiento combinado mostraron bastante más prevalencia que el grupo de tratamiento aislado. Sin embargo, en el seguimiento al año podemos comprobar que estas diferencias en la prevalencia de los trastornos son mayores para el grupo que recibió tratamiento de forma aislada, llegando en el caso de los participantes que recibieron la terapia combinada a no presentar diagnóstico combinado de TEPT con ansiedad, TEPT con TDM y ansiedad, y TDM con ansiedad.

Para comprobar si estas diferencias eran significativas se realizaron análisis mediante la prueba de McNemar, encontrando que aunque hubiera diferencias en la prevalencia de los trastornos tanto en el pretratamiento como en el seguimiento al año, estas diferencias no eran significativas, exceptuando en el pretratamiento para el diagnóstico de TDM (35% para tratamiento aislado y 58,3% para el tratamiento combinado), en el que la pruebas de McNemar determinan una diferencia

estadísticamente significativa pequeña ($p < ,05$), siendo el grupo de tratamiento combinado el que mayor prevalencia muestra en este diagnóstico, si bien, esta diferencia desaparece en el seguimiento al año, es más, en este caso la prevalencia del diagnóstico es menor para los participantes que recibieron medicación que para los que no la recibieron, si bien estas diferencias no son significativas una vez realizadas las pruebas de McNemar. Es por ello, que parece ser que la terapia combinada no tiene mejores efectos que la terapia aislada un año después de haber sido aplicado el tratamiento.

Si nos fijamos en la prevalencia de los trastornos para ambos tipos de tratamiento (aislado y combinado) a más largo plazo, es decir, dos años después de haber finalizado el tratamiento, podemos observar en la [tabla 28](#) que la prevalencia de los trastornos para cada uno de los tratamientos es similar en el pretratamiento a la encontrada en la muestra de seguimiento al año, donde la prevalencia de los diagnósticos es mayor en el grupo de personas que recibieron el tratamiento cuando estaban tomando medicación. No obstante, en este caso la prevalencia del diagnóstico de ansiedad es idéntica para ambas muestras, y también a diferencia del seguimiento al año, en este caso, no existen diferencias significativas a ningún nivel para ninguno de los diagnósticos.

Tabla 28. Diferencias en la muestra en cuanto a la prevalencia del TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades [pretratamiento-TCC Aislada (Pre-Aislado) y pretratamiento- TCC Combinado (Pre-Combinado), seguimiento año-TCC Aislado (Seg año-Aislado) y seguimiento año-TCC Combinado (Seg año-combinado)].

Trastornos mentales	Análisis de los participantes con datos completos			
	Pre-	Pre-	Seg año-	Seg año-
	Aislado (n = 40)	Combinado (n = 36)	Aislado (n = 40)	Combinado (n = 36)
TEPT	52,5	72,2	5	5,6
TDM	35	58,3*	7,5	2,8
Otros trastornos de ansiedad	72,5	63,9	17,5	5,6
TEPT+TDM	27,5	47,2	5	2,8
TEPT+Ansiedad	32,5	41,7	5	0
TEPT+TDM+Ansiedad	20	27,8	5	0
TDM+Ansiedad	25	33,3	7,5	0

Nota. Todos los valores son porcentajes. TEPT = Trastorno de estrés Postraumático, TMD = Trastorno depresivo mayor. Significación de las pruebas McNemar. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$.

Si observamos la prevalencia de los diagnósticos en el seguimiento a los dos años, podemos comprobar que para ambas muestras, tratamiento aislado y tratamiento con medicación, la prevalencia de los diagnósticos comórbidos de TEPT con TDM, TEPT con ansiedad, y TEPT con TDM y ansiedad, disminuye hasta no presentar diagnóstico, y en el caso de la combinación de TDM con ansiedad, queda un porcentaje residual del 3,7% para ambos grupos de tratamiento. Si nos fijamos en el diagnóstico de TEPT, podemos observar cómo el grupo que recibió el tratamiento aislado desciende hasta no presentar diagnóstico, mientras que en el tratamiento combinado queda un porcentaje residual del 3,7%. Sin embargo, en el diagnóstico de TDM y en el de ansiedad, la prevalencia en el seguimiento a los dos años es menor para el grupo que había recibido la terapia psicológica habiendo estado tomando medicación. No obstante, nuevamente al realizar las pruebas de McNemar, se comprueba que no hay diferencias

significativas entre ambos grupos ([tabla 29](#)), como en este caso ya se podía deducir a través de la prevalencia de sus diagnósticos, al menos para todos los diagnósticos comórbidos, por lo que nuevamente podemos deducir que el consumir medicación junto con la terapia psicológica no aporta nada más que si se recibe dicha terapia de forma aislada.

Tabla 29. Diferencias en la muestra en cuanto a la prevalencia del TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades [pretratamiento-TCC Aislada (Pre-Aislado) y pretratamiento- TCC Combinado (Pre-Combinado), seguimiento dos años-TCC Aislado (Seg dos años-Aislado) y seguimiento dos años-TCC Combinado (Seg dos años-combinado)].

Trastornos mentales	Análisis de los participantes con datos completos			
	Pre-	Pre-	Seg dos años-	Seg dos años-
	Aislado (n = 27)	Combinado (n = 27)	Aislado (n = 27)	Combinado (n = 27)
TEPT	59,3	70,4	0	3,7
TDM	37	55,6	7,4	3,7
Otros trastornos de ansiedad	66,7	66,7	18,5	11,1
TEPT+TDM	29,6	40,7	0	0
TEPT+Ansiedad	33,3	44,4	0	0
TEPT+TDM+Ansiedad	18,5	29,6	0	0
TDM+Ansiedad	22,2	37	3,7	3,7

Nota. Todos los valores son porcentajes. TEPT = Trastorno de estrés postraumático, TMD = Trastorno depresivo mayor. Significación de las pruebas McNemar.

8.4.2. Efectividad del tratamiento en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad

En la [tabla 30](#) se recoge la puntuación media que obtuvieron los participantes que estaban tomando medicación psiquiátrica en la evaluación pretratamiento y los participantes que no lo tomaban en la muestra de completos en los tres cuestionarios

que medían la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad tanto en el pretratamiento como en el seguimiento al año, mientras que en la [tabla 31](#) se recoge información similar, pero en este caso tanto del pretratamiento como del seguimiento a los dos años.

Si observamos las puntuaciones pretratamiento podemos observar en ambas tablas que todas las puntuaciones medias de los participantes que recibieron el tratamiento psicológico de forma aislada se encontraban por debajo de la puntuación de corte o puntuación C, mientras que sucedía lo contrario para los participantes del tratamiento psicológico con personas que estaban tomando medicación, cuya puntuación media se encontraba por encima de la puntuación de corte o puntuación C, tanto en el seguimiento al año como en el seguimiento a los dos años. De hecho, las diferencias de las medias, medias que eran mayores para el grupo de tratamiento combinado, se mostraron en su mayoría estadísticamente significativas, siendo tales diferencias de tamaño aproximadamente medio (en torno a $d = 0,5$) en el caso de la sintomatología de estrés postraumática y depresiva, y de tamaño grande ($d \geq 0,8$) en el caso de la sintomatología de ansiedad ([Tablas 30 y 31](#)).

Si nos fijamos en la disminución de la puntuación del PCL, podemos ver como la sintomatología postraumática disminuye más en ambos seguimientos (año y dos años) para el tratamiento combinado que para el tratamiento aislado, aunque, en este tratamiento, las medias finalmente alcanzadas son más bajas, habiendo pasado para el tratamiento aislado de una media de 40,55 ($DT = 13,53$) a 24,48 ($DT = 8,38$) en el seguimiento al año y de una media de 40,05 ($DT = 12,67$) a 21,81 ($DT = 4,45$) en el seguimiento a los dos años, mientras que en el grupo de tratamiento combinado este decremento fue de una media de 48,58 ($DT = 14,99$) a 30,42 ($DT = 15,40$) para el seguimiento al año y de una media de 46,46 ($DT = 14,84$) a 22,46 ($DT = 5,89$).

En el caso del BDI-II, las puntuaciones medias pretratamiento para el grupo de tratamiento aislado pasaba de una media de 16,33 ($DT = 11,69$) a 6,08 ($DT = 7,36$) en el seguimiento al año y de 14,85 ($DT = 10,01$) a 4,85 ($DT = 5,94$) en el seguimiento a los dos años, mientras que para el grupo de tratamiento combinado pasaba de una media de 23,67 ($DT = 12,49$) a 10,31 ($DT = 11,71$) en el seguimiento al año y de 21,87 ($DT = 10,39$) a 6,91 ($DT = 7,52$) en el seguimiento a los dos años. Para la sintomatología ansiosa medida mediante el BAI, las puntuaciones medias pretratamiento para el grupo de tratamiento aislado pasaban de una media de 13,45 ($DT = 10,10$) a 5,50 ($DT = 6,01$) en el seguimiento al año y de 11,35 ($DT = 8,70$) a 4,05 ($DT = 4,40$) en el seguimiento a los dos años, mientras que para el grupo de tratamiento combinado pasaba de una media de 24,36 ($DT = 14,13$) a 8,69 ($DT = 9,54$) en el seguimiento al año y de 22,17 ($DT = 13,73$) a 6,61 ($DT = 7,67$) en el seguimiento a los dos años ([Tablas 30 y 31](#)).

Para comprobar si existían diferencias entre las puntuaciones en los seguimientos entre el grupo que había recibido sólo terapia psicológica y el que la había recibido junto con medicación, se realizaron ANOVA para medidas repetidas, en las que se incluyó el momento de evaluación o tiempo como factor intrasujeto con dos niveles (pretratamiento vs. seguimiento al año o pretratamiento vs. seguimiento a los dos años) y el grupo de tratamiento como factor intersujetos con dos niveles (tratamiento aislado vs. combinado). En cuanto a la sintomatología postraumática medida a través de la PCL, el ANOVA refleja un efecto significativo del tiempo ($p < ,001$) tanto para las puntuaciones pretratamiento-seguimiento al año como para las puntuaciones pretratamiento-seguimiento a los dos años, lo que indicaba que, independientemente del grupo de tratamiento, existían reducciones significativas en las

puntuaciones en sintomatología de estrés postraumático entre el pretratamiento y el seguimiento al año y entre el pretratamiento y el seguimiento a los dos años.

Si volvemos a observar las [tablas 30](#) y [31](#), los ANOVA también muestran un efecto significativo del tiempo ($p < ,001$) tanto para la sintomatología depresiva como la ansiosa y tanto sobre las puntuaciones pretratamiento-seguimiento al año como sobre las puntuaciones pretratamiento-seguimiento a los dos años, lo que nuevamente nos indica que, independientemente del grupo de tratamiento, se ha producido un decremento significativo entre ambas medidas pretratamiento y los diferentes seguimientos.

Los ANOVA también proporcionaron información sobre los efectos de pertenecer al grupo de tratamiento psicológico aislado frente al grupo de tratamiento combinado. En este sentido, los análisis mostraron efectos significativos ($p < ,01$) de pertenecer a uno u otro grupo, sin tener en cuenta la variable tiempo, en todas las medidas de sintomatología emocional y en los dos seguimientos, salvo para la medida de sintomatología de estrés postraumático sobre las puntuaciones pretratamiento-seguimiento a los 2 años. Estos efectos significativos del grupo de tratamiento reflejaban que, independiente del momento de medida, las víctimas del grupo de tratamiento combinado mostraban puntuaciones significativamente en sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad que el grupo de tratamiento psicológico aislado.

Por último, los ANOVA proporcionaron información sobre los efectos de la interacción entre tiempo y grupo de tratamiento, es decir, sobre si los cambios que se producían en la sintomatología de estrés postraumático, depresiva o ansiosa entre las medidas pretratamiento y las medidas de los seguimientos eran significativamente distintos en función de si las víctimas, además de recibir el tratamiento psicológico,

consumían fármacos o no. Tal y como aparece recogido en las [tablas 30 y 31](#), los efectos de la interacción tiempo x grupo de tratamiento no fueron significativos ni para la sintomatología de estrés postraumático ni para la sintomatología depresiva en ninguno de los dos seguimientos (todas las pruebas F fueron no significativas con $p > ,05$). Sin embargo, en los dos seguimientos, al año y a los dos años, la interacción tiempo x grupo de tratamiento fue estadísticamente significativa para la sintomatología de ansiedad (la prueba F fue significativa con $p < ,01$ en el seguimiento al año y con $p < ,05$ en el seguimiento a los dos años).

Para entender estas interacciones, se realizaron pruebas t de medidas repetidas para analizar las diferencias pretratamiento vs. seguimiento para cada grupo de tratamiento, aislado o combinado, de manera separada, y se calcularon los tamaños del efecto de dichas diferencias.

Los resultados de las pruebas t que comparaban las medias pretratamiento frente a las medias en los seguimientos fueron en todos los casos, es decir, en los dos grupos de tratamiento, aislado y combinado, y en los dos seguimientos, al año y a los dos años, estadísticamente significativas (todas con $p < ,05$). En la [tabla 32](#) podemos observar los tamaños del efecto pre-seguimiento un año del tratamiento aislado y pre-seguimiento un año del tratamiento combinado y en la [tabla 33](#) los tamaños del efecto pre-seguimiento dos años del tratamiento aislado y pre-seguimiento dos años del tratamiento combinado.

Tabla 30. Comparación en la muestra de completos de los niveles medios de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa entre nuestro tratamiento (aislado) y nuestro tratamiento junto con medicación (combinado), en el pretratamiento (Pre) y en el seguimiento al año (Seg. año): resultados del ANOVA y tamaños del efecto aislado/combinado para cada grupo.

Sintomatología	Puntuación (criterio) de significación clínica	Análisis de los participantes con datos completos								
		(ANOVA) Aislado ($n = 40$) Combinado ($n = 36$)								
		Pre	Pre	d	Seg.	Seg.	d	F del efecto	F del efecto	F del efecto de
		Aislado	Combinado		año	año		pre/seguí año	aislado/combinado	la interacción
					Aislado	Combinado				
Estrés pos-traumático (PCL)	> 44	40,55 (13,53)	48,58** (14,99)	0,56	24,48 (8,38)	30,42 (15,40)	0,48	100,932***	7,653**	0,377
Depresión (BDI-II)	> 19	16,33 (11,69)	23,67* (12,49)	0,61	6,08 (7,36)	10,31 (11,71)	0,43	101,993***	6,987**	1,771
Ansiedad (BAI)	> 15	13,45 (10,10)	24,36*** (14,13)	0,89	5,50 (6,01)	8,69 (9,54)	0,40	73,278***	13,651**	7,823**

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique otra cosa. d = estadístico d de Cohen de tamaño del efecto (diferencia estandarizada entre medias aislado vs. combinado en el pretratamiento o en el seguimiento). PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$; **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$; ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Tabla 31. Comparación en la muestra de completos de los niveles medios de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa entre nuestro tratamiento (aislado) y nuestro tratamiento junto con la medicación (combinado), en el pretratamiento (Pre) y en el seguimiento a los dos años (Segui dos años): resultados del ANOVA y tamaños del efecto aislado/combinado para cada grupo.

Sintomatología	Puntuación (criterio) de significación clínica	Análisis de los participantes con datos completos (ANOVA) Aislado ($n = 21^a$) Combinado ($n = 24^b$)								
		Pre	Pre	d	Seg. dos	Seg. dos	d	F del efecto	F del efecto	F del efecto de
		Aislado	Combinado		año	año		pre/seg. dos	aislado/combinado	la interacción
					Aislado	Combinado		años		
Estrés pos-traumático (PCL)	> 44	40,05 (12,67)	46,46 (14,84)	0,46	21,81 (4,45)	22,46 (5,89)	0,12	135,610***	1,906	2,524
Depresión (BDI-II)	> 19	14,85 (10,01)	21,87* (10,39)	0,69	4,85 (5,94)	6,91 (7,52)	0,30	65,842***	4,396*	2,597
Ansiedad (BAI)	> 15	11,35 (8,70)	22,17** (13,73)	0,94	4,05 (4,40)	6,61 (7,67)	0,41	38,907***	9.140**	5.084*

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique otra cosa. d = estadístico d de Cohen de tamaño del efecto (diferencia estandarizada entre medias aislado vs. combinado en el pretratamiento o en el seguimiento). PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$. ^{a b} La muestra para el tratamiento aislado y en el tratamiento combinado fue de 20 y 23 participantes, respectivamente en los cuestionarios BDI-II y BAI.

Podemos ver en ambas tablas (tabla 32 y tabla 33) que los tamaños del efecto para cada uno de los tratamientos (aislado-combinado) son grandes tanto en el seguimiento al año como en el seguimiento a los dos años. En concreto, y respecto a la comparación pre-seguimiento al año, el estadístico *d* de Cohen en el grupo de tratamiento aislado es de 1,7 para la PCL, de 1,26 para el BDI-II y de 1,12 para el BAI, valores que, excepto para el BAI, son muy similares para la misma comparación pre-seguimiento al año en el grupo de tratamiento combinado, siendo el estadístico *d* de Cohen en este grupo de 1,61 para la PCL, de 1,49 para la BDI-II y de 1,6 para el BAI. Por tanto, parece que el tamaño del efecto para la ansiedad medida con el BAI es algo mayor para el tratamiento combinado que para el tratamiento aislado, lo cual explicaría la interacción significativa tiempo x tratamiento encontrada precisamente para el BAI.

Tabla 32. Tamaño del efecto pretratamiento (pre)/seguimiento al año (seg año) en la muestra de seguimiento al año de completos del grupo de tratamiento aislado y del grupo de tratamiento combinado.

Síntomatología	Puntuación (criterio) de significación clínica	Análisis de los participantes con datos completos (<i>d</i> de Cohen) Aislado (<i>n</i> = 40) Combinado (<i>n</i> = 36)					
		Pre	Seg.	<i>d</i>	Pre	Seg.	<i>d</i>
		Aislado	año		Combinado	año	
		Aislado			Combinado		
Estrés pos-traumático (PCL)	> 44	40,55 (13,53)	24,48 (8,38)	1,7	48,58 (14,99)	30,42 (15,40)	1,61
Depresión (BDI-II)	> 19	16,33 (11,69)	6,08 (7,36)	1,26	23,67 (12,49)	10,31 (11,71)	1,49
Ansiedad (BAI)	> 15	13,45 (10,10)	5,50 (6,01)	1,12	24,36 (14,13)	8,69 (9,54)	1,6

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique otra cosa. Todas las diferencias entre el pretratamiento y el seguimiento fueron estadísticamente significativas con $p < ,05$. *d* = estadístico *d* de Cohen de tamaño del efecto. PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck.

Al igual que en el seguimiento al año, analizando los tamaños del efecto entre el pretratamiento y el seguimiento a los dos años en la muestra de tratamiento aislado, y entre el pretratamiento y el seguimiento a los dos años en la muestra de tratamiento combinado, podemos considerar que todos ellos son grandes según los criterios de Cohen (véase la [tabla 33](#)). Por tanto, podemos determinar que la magnitud del cambio en ambos tratamientos para todas las puntuaciones es grande con respecto a las medias obtenidas en la evaluación pretratamiento.

Tabla 33. Tamaño del efecto pretratamiento (pre)/seguimiento a los años (seg dos años) en la muestra de seguimiento a los dos años de completos del grupo de tratamiento aislado y del grupo de tratamiento combinado.

Sintomatología	Puntuación (criterio) de significación clínica	Análisis de los participantes con datos completos (<i>d</i> de Cohen) Aislado (<i>n</i> = 21 ^a) Combinado (<i>n</i> = 24 ^b)					
		Pre	Seg. 2	<i>d</i>	Pre	Seg. 2 años	<i>d</i>
		Ais- lado	años Aislado		Combinado	Combinado	
Estrés pos-traumático (PCL)	> 44	40,05 (12,67)	21,81 (4,45)	1,84	46,46 (14,84)	22,46 (5,89)	2,12
Depresión (BDI-II)	> 19	14,85 (10,01)	4,85 (5,94)	1,43	21,87 (10,39)	6,91 (7,52)	2,08
Ansiedad (BAI)	> 15	11,35 (8,70)	4,05 (4,40)	1,16	22,17 (13,73)	6,61 (7,67)	1,6

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique otra cosa. Todas las diferencias entre el pretratamiento y el seguimiento fueron estadísticamente significativas con $p < ,05$. *d* = estadístico *d* de Cohen de tamaño del efecto. PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck. ^{a b} La muestra para el tratamiento aislado y en el tratamiento combinado fue de 20 y 23 participantes, respectivamente en los cuestionarios BDI-II y BAI.

Al comparar los tamaños del efecto pre-seguimiento a los dos años obtenidos en el grupo de tratamiento aislado y en el grupo de tratamiento combinado, podemos ver en la [tabla 33](#) que el estadístico d de Cohen es de 1,84 para la PCL, 1,43 para el BDI-II y 1,16 para el BAI en el grupo de tratamiento aislado, y de 2,12 para la PCL, 2,08 para el BDI-II y 1,6 para el BAI en el tratamiento combinado. Como podemos observar son algo superiores en el tratamiento combinado, pero esas diferencias no parecen significativas en el caso de la medida de sintomatología de estrés postraumático o de la medida de sintomatología depresiva, ya que, para ambas medidas, la interacción entre el momento de evaluación (pretratamiento vs. seguimiento a dos años) y tipo de grupo de tratamiento (aislado vs. combinado) no fue estadísticamente significativa. Sin embargo, la diferencia entre los tamaños del efecto pretratamiento-seguimiento a los dos años obtenidos para la medida de ansiedad reflejaba que precisamente la interacción tiempo x tratamiento sí fue estadísticamente significativa para dicha medida de ansiedad.

De hecho, en la [tabla 34](#) se recogen las disminuciones en las puntuaciones de sintomatología de estrés postraumático, depresiva y ansiosa que presentaron tanto el grupo de tratamiento psicológico aislado como el grupo de tratamiento combinado, y, tal y como puede apreciarse en dicha tabla, las diferencias entre los dos grupos de tratamiento en las disminuciones en la PCL solo fueron de aproximadamente 2-6 puntos y, así mismo, las diferencias en las disminuciones en el BDI solo fueron de aproximadamente 3-5 puntos, mientras que las diferencias en las disminuciones en el BAI fueron notablemente mayores, en torno a 8 puntos.

En conclusión, las interacciones no significativas tiempo x tratamiento encontradas para la sintomatología de estrés postraumático y la sintomatología depresiva indican que los dos grupos de tratamiento, aislado y combinado, tuvieron los mismos efectos sobre dichas sintomatologías. Por el contrario, las interacciones

significativas tiempo x tratamiento encontradas para la sintomatología de ansiedad indican que el grupo de tratamiento combinado mostraba mayores reducciones de esta sintomatología que el grupo de tratamiento psicológico aislado. No obstante, este hallazgo no permitía concluir que el efecto del tratamiento psicológico sobre la ansiedad fuese debido exclusivamente a los fármacos o a su combinación con fármacos, ya que el grupo de tratamiento psicológico aislado también mostraba diferencias significativas pretratamiento-seguimiento al año y pretratamiento-seguimiento a los dos años en ansiedad y estas diferencias eran de tamaño grande. Más bien, lo que parecía indicar es que los fármacos parecían potenciar los efectos beneficiosos sobre la ansiedad del tratamiento psicológico.

Tabla 34. Disminución en las puntuaciones de sintomatología de estrés postraumático, depresiva y ansiosa para el tratamiento aislado y combinado

Sintomatología	Análisis de los participantes con datos completos			
	Seg año- Aislado (n = 40)	Seg año- Combinado (n = 36)	Seg dos años- Aislado (n = 21)	Seg dos años- Combinado (n = 24)
Estrés postraumático (PCL)	16,07	18,16	18,24	24
Depresión (BDI-II)	10,25	13,36	10	14,96
Ansiedad (BAI)	7,95	15,67	7,3	15,56

Nota. PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck.

8.4.3. Efectividad del tratamiento en función de la significación clínica en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad

En la [figura 11](#) se recoge el porcentaje de participantes que se encontraban por debajo de la puntuación C en la evaluación pretratamiento y en el seguimiento al año tanto de la muestra del tratamiento aislado ($n = 40$) como de la muestra del tratamiento combinado ($n = 36$).

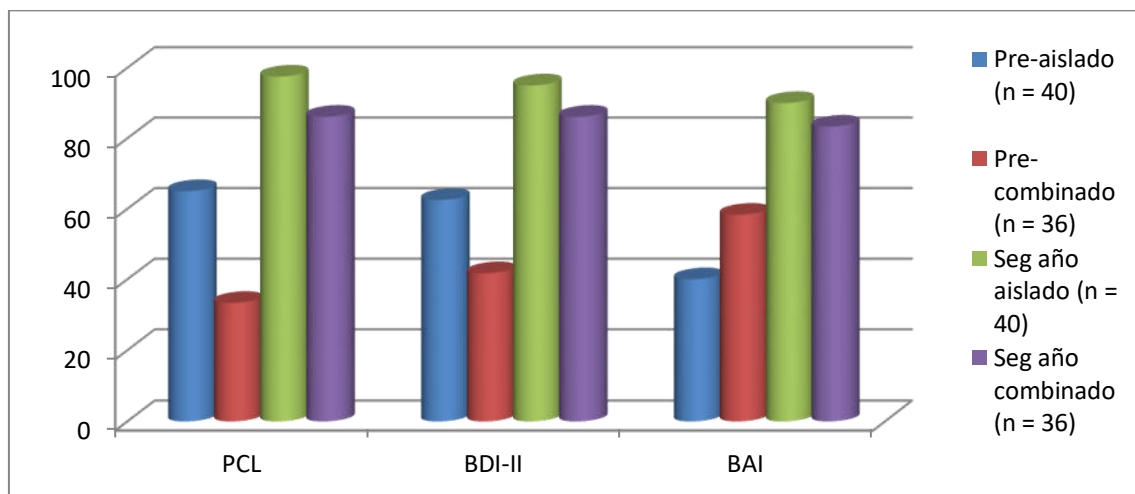


Figura 11. Porcentaje de participantes con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación pre y seguimiento al año de la muestra de completos del tratamiento aislado y del tratamiento combinado.

En un 97,5% de los participantes del tratamiento aislado, sus puntuaciones en la PCL se encontraban por debajo del punto de corte en el seguimiento al año, lo que suponía una reducción de la sintomatología de 32,5 puntos porcentuales con respecto a la evaluación pre, mientras que las puntuaciones en la PCL del tratamiento combinado que se encontraban por debajo de la puntuación C eran de un 86,1%, lo que suponía una reducción de la sintomatología de 52,8 puntos porcentuales.

En el caso del BDI-II y del BAI, el porcentaje de participantes que se encontraban por debajo de la puntuación de corte en el tratamiento aislado eran de un 95% y de un 90% respectivamente, lo que suponía un descenso de 32,5 puntos porcentuales para el BDI-II y de 50 para el BAI, mientras que para el tratamiento combinado el porcentaje de participantes que se encontraban por debajo de la puntuación de corte era de un 86,1% y de un 83,3% para el BDI-II y el BAI, respectivamente, lo que suponía un descenso de 44,4 puntos porcentuales para el BDI-II y de 25 para el BAI. En todos los casos los descensos son muy elevados, notándose una diferencia mayor en cuanto a reducción de puntos porcentuales en la sintomatología postraumática del tratamiento combinado y en la sintomatología ansiosa del tratamiento aislado.

Al igual que en la anterior figura, en la [figura 12](#) se recoge el porcentaje de participantes que en la evaluación pretratamiento y en este caso el seguimiento a los dos años para la muestra de tratamiento aislado ($n = 21^9$) y para la muestra de tratamiento combinado ($n = 24^{10}$) se encontraron por debajo de la puntuación C.

⁹ Aunque la muestra de los seguimientos a los dos años para el tratamiento aislado fue de 27, de estas personas sólo 21 respondieron a la PCL y 20 a los cuestionarios BDI-II y BAI en el seguimiento a los dos años.

¹⁰ Aunque la muestra de los seguimientos a los dos años para el tratamiento combinado fue de 27, de estas personas sólo 24 respondieron a la PCL y 23 a los cuestionarios BDI-II y BAI en el seguimiento a los dos años.

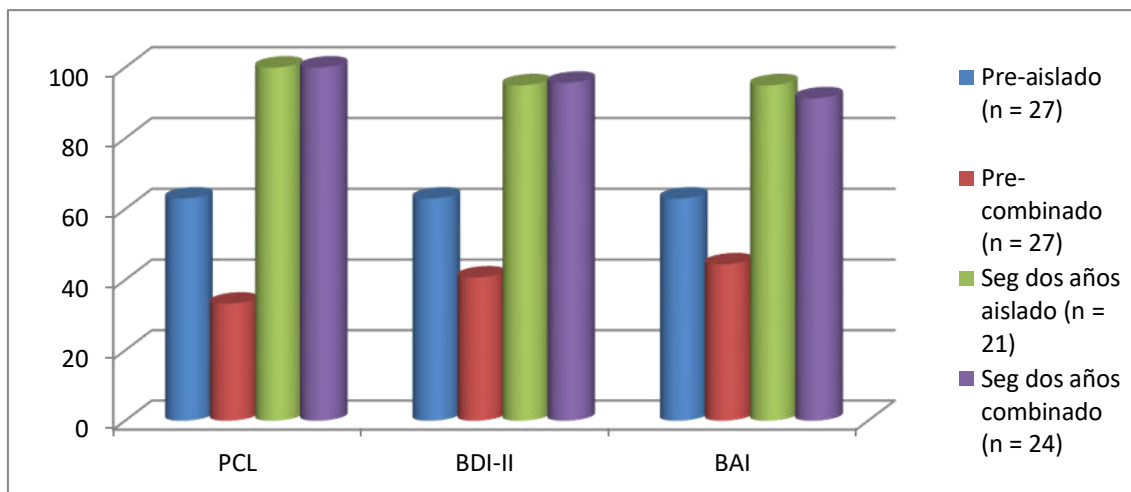


Figura 12. Porcentaje de participantes con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación pre y seguimiento a los dos años de la muestra de completos del tratamiento aislado y del tratamiento combinado.

Se encontró en el seguimiento a los dos años que tanto en la muestra de tratamiento aislado como en la de tratamiento combinado, en el 100% de los participantes sus puntuaciones en la PCL se encontraban por debajo del punto de corte lo que suponía una reducción de la sintomatología de 37 puntos porcentuales para el tratamiento aislado y de 66,7 puntos porcentuales en el tratamiento combinado con respecto a la evaluación pre, mientras que las puntuaciones del BDI-II y del BAI que se encontraban por debajo de la puntuación de corte eran de un 95% para ambas en la muestra de tratamiento aislado y de un 95,7% para el BDI-II y un 91,3% para el BAI en el tratamiento combinado, lo que suponía una reducción de 32 puntos porcentuales tanto para el BDI-II como para el BAI en la muestra de tratamiento aislado, y de 55 puntos porcentuales para el BDI-II y de 46,9 puntos porcentuales para el BAI en la muestra de tratamiento combinado. Al igual que en el seguimiento, al año todos los decrementos son grandes, especialmente en el caso del tratamiento combinado.

Capítulo 9.

Resumen de la parte empírica

Tal y como hemos comentado a lo largo este trabajo, apenas hay estudios que valoren la eficacia o la efectividad de los tratamientos empíricamente validados en víctimas del terrorismo a corto y medio plazo, y menos aún a largo plazo. Además, no hay ningún estudio hasta el momento de redacción del presente trabajo que analice la eficacia o la efectividad de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma en víctimas del terrorismo dos años después de haber realizado la terapia.

Sabiendo que desgraciadamente los atentados no cesan, que son 104 los países que en el año 2016 sufrieron la lacra terrorista (START, 2017) y que muchas de las personas que los han sufrido no han recibido atención especializada, se ha llevado a cabo el presente estudio con el objetivo de contribuir al conocimiento sobre la efectividad a muy largo plazo de los tratamientos psicológicos que se han mostrado eficaces, no solo para el TEPT, sino también para los trastornos depresivos y de ansiedad y sus comórbidos en víctimas del terrorismo directas e indirectas que sufrieron el atentado hace muchos años.

En concreto, sobre la efectividad al año y los dos años de un protocolo de tratamiento de 16 sesiones de entre 60-90 minutos, de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, uno de los mejor establecidos (Foa y Rothbaum, 1998), que se completó con técnicas para el manejo de la sintomatología depresiva y ansiosa, con el fin de reducir no sólo la sintomatología de estrés postraumático sino también la anteriormente citada. Tanto al finalizar el tratamiento (postratamiento) como en los diferentes seguimientos que realizaron, se administraban los cuestionarios PCL, BDI-II y BAI, sí como los módulos F (ansiedad y otros trastornos) y A (episodios afectivos) de la entrevista estructurada SCID-I-VC.

Puesto que el presente estudio muestra los resultados tanto de los participantes de un estudio de eficacia como de los participantes de un estudio de efectividad, la

efectividad del tratamiento se consideró en torno a tres índices: diagnóstico, sintomatológico y de significación clínica. Además, para obtener unos resultados lo más estrictos posibles, se analizó la efectividad del tratamiento no solo para la muestra de personas que habían completado el tratamiento y los seguimientos (muestra de completos), sino también para aquellas personas que aceptaron el tratamiento pero no lo empezaron o no lo finalizaron, y para aquellos que finalizaron el tratamiento pero que no realizaron los seguimientos (muestra de intención de tratar), y se estudió la posible interacción de la terapia farmacológica con la terapia psicológica.

En cuanto al primer índice, la efectividad diagnóstica, hemos podido observar como todos los participantes, tanto si es la muestra de intención de tratar como si es la muestra de completos, presentan porcentajes menores en la prevalencia del TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comórbidos en los dos seguimientos evaluados (seguimiento al año y seguimiento a los dos años) frente a la prevalencia obtenida en ambas muestras en la evaluación pretratamiento. Llegando a disminuir hasta el 0% en el seguimiento a los dos años de la muestra de completos para el TEPT con TDM, TEPT con otros trastornos de ansiedad y TEPT con TDM y otros trastornos de ansiedad. Además, como era de esperar los porcentajes de prevalencia eran similares en el postratamiento y en los seguimientos, exceptuando el diagnóstico de TEPT y TDM en el seguimiento a los dos años de intención de tratar que se mostraba significativamente mayor que en la evaluación postratamiento, si bien el nivel de significación era pequeño ($p < ,05$) y en la muestra de completos no existía, siendo menor la prevalencia del TEPT en el seguimiento a los dos años que en la evaluación postratamiento.

Con respecto, a la segunda medida, la efectividad sintomatológica también en todos los participantes, tanto de la muestra de intención de tratar como de la muestra de

completos, disminuían sus puntuaciones de forma significativa en ambos seguimientos frente a la evaluación pretratamiento en todos y cada uno de los cuestionarios (PCL, BDI-II y BAI), exceptuando en la PCL del seguimiento a los dos años en la muestra de intención de tratar, en el que aunque disminuía la puntuación de la sintomatología postraumática, dicha disminución no era significativa. Sin embargo, al comparar los seguimientos con la evaluación postratamiento en la muestra de intención de tratar, la sintomatología ansiosa para ambos seguimientos y la sintomatología depresiva en el seguimiento al año se incrementaban de forma significativa con respecto a la evaluación postratamiento. Sin embargo, en la muestra de completos las puntuaciones en la sintomatología postraumática, ansiosa y depresiva son prácticamente iguales, exceptuando en la sintomatología postraumática en el seguimiento a los dos años, en la que la disminución de la puntuación del seguimiento frente a la evaluación postratamiento es significativa.

Además, los tamaños del efecto en la muestra de intención de tratar son medianos en el seguimiento al año y pequeños en el seguimiento a los dos años, sin embargo, en la muestra de completos los tamaños del efecto son grandes para las tres medidas de sintomatología (postraumática, depresiva y ansiosa) para los dos seguimientos.

En cuanto al tercer índice, el de significación clínica, cuando se analizaron los porcentajes de los participantes que habían disminuido su puntuación en el seguimiento por debajo de la puntuación C, se encontró que, para todas las medidas de sintomatología emocional, el porcentaje de personas que se encontraba por debajo de la puntuación C había disminuido en los seguimientos frente a la evaluación pretratamiento, no siendo inferior en los seguimientos en ninguna medida y para ambos seguimientos al 65% de participantes y llegando, en el caso del seguimiento a los 2

años, a encontrarse el 100% de los participantes por debajo de la puntuación C para la sintomatología postraumática. Además, había una diferencia de entre 5,5 puntos porcentuales en el caso del BDI-II en la muestra de intención de tratar del seguimiento a los dos años hasta 51,9 en el caso del PCL en la muestra de completos del seguimiento a los dos años a favor de la evaluación de los seguimientos frente a la evaluación pretratamiento.

Así mismo, con el objetivo de determinar si el consumo de fármacos podía estar influyendo de alguna manera en el tratamiento, presumiblemente potenciándolo, se decidió analizar los efectos que los fármacos podrían estar aportando a la TCC, para lo cual se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA) para estimar los efectos de la interacción tiempo x tratamiento (TCC con o sin fármacos).

En el caso de los diagnósticos se comprobó que para ambos seguimientos los porcentajes de los diagnósticos eran similares tanto en los participantes que tomaban medicación como en aquellos que no lo hacían, siendo los porcentajes ligeramente mayores para el tratamiento que no había recibido medicación en el seguimiento al año, si bien el porcentaje de prevalencia en estos casos era residual. Además, en el seguimiento a los dos años, la prevalencia de los diagnósticos comórbidos era exactamente igual para el grupo que había tomado medicación que para el grupo que no lo había hecho, por lo que podemos deducir que el consumo de medicación no aporta ningún efecto positivo a la TCC en la reducción de la prevalencia diagnóstica.

En cuanto a la reducción de la sintomatología, todas las puntuaciones de las medidas eran más elevadas en la evaluación pretratamiento para el grupo que estaba tomando fármacos frente al grupo que no los estaba consumiendo, pero en ambos seguimientos la sintomatología disminuyó frente a la evaluación pretratamiento tanto en

el grupo que tomaba medicación como en el grupo que no lo hacía, siendo estas disminuciones iguales para ambos grupos de tratamiento, salvo en el caso de la ansiedad, para la cual se encontró una disminución significativamente mayor en el grupo que, además del tratamiento psicológico, tomaba fármacos frente al que solo recibía el tratamiento psicológico. No obstante, este hallazgo no permitía concluir que el efecto del tratamiento psicológico sobre la ansiedad fuese debido exclusivamente a los fármacos o a su combinación con fármacos, ya que las víctimas que solo recibían tratamiento psicológico también mostraban reducciones significativas en ansiedad y, además, de tamaño grande; lo único, que dichas reducciones eran ligeramente más pequeñas que las que mostraban las víctimas que también tomaban fármacos, lo que sugiere que los fármacos parecían potenciar los efectos beneficiosos sobre la ansiedad del tratamiento psicológico.

En cuanto al tercer índice, de significación clínica, es decir, en cuanto a los participantes que se encontraban por debajo de la puntuación C, aunque el tratamiento aislado y el combinado lo hacían en grandes porcentajes, era el tratamiento aislado el que más porcentaje de participantes mostraba por debajo de la puntuación C en los seguimientos, lo cual, por otro lado, no es de extrañar, ya que, como se ha comentado, las víctimas de grupo de tratamiento combinado presentaban en el pretratamiento puntuaciones más elevadas de sintomatología emocional que las víctimas del grupo de tratamiento psicológico aislado.

En conclusión, tanto desde el punto de vista del diagnóstico como desde el punto de vista sintomático o de significación clínica, no parece que los efectos beneficiosos a muy largo plazo que se encontraron en este estudio entre las víctimas que siguieron una terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma pudieran deberse a que algunas de ellas estuviesen tomando psicofármacos, ya que, además, cabría suponer que, si

anteriormente, a pesar de que los pacientes ya estaban tomando medicación antes de iniciar el tratamiento psicológico, no habían mejorado, la mejoría producida no debería deberse al consumo de medicación sino al hecho de haber recibido el tratamiento psicológico.

Capítulo 10.

Discusión

Efectividad de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma a muy largo plazo

Una vez probada la eficacia y la utilidad clínica de un programa de terapia cognitivo conductual centrado en el trauma a corto, medio y largo plazo (Gesteira Santos, 2015; Moreno Pérez, 2015) en víctimas del terrorismo, las cuales estaban constituidas por heridos, familiares de heridos y familiares de fallecidos, que habían sufrido el atentado terrorista hacía más de 18 años tras el atentado, entre las que se encontraban víctimas de diferentes grupos terroristas y de atentados tanto masivos como individualizados, y teniendo en cuenta de que aún hoy son muy pocos los estudios que han probado su eficacia y utilidad clínica en víctimas del terrorismo más allá de doce meses tras la aplicación del tratamiento, y que de los tres trabajos que hay, dos de ellos, los de Brewin et al. (2010) y Duffy et al. (2007), mezclaron, en su análisis de seguimiento a muy largo plazo, los datos de víctimas que realizaron el seguimiento a corto y medio plazo con víctimas que lo realizaron a muy largo plazo, y el tercero, el de Moreno Pérez (2015), presentaba una muestra de participantes con seguimiento a muy largo plazo bastante pequeña ($n = 21$), se decidió realizar el presente estudio para comprobar si los logros obtenidos en el programa de tratamiento de los estudios de Gesteira Santos (2015) y Moreno Pérez (2015) se mantenían en el tiempo a muy largo plazo, no sólo un año después del tratamiento, sino también dos años después de haber sido aplicado este, rompiendo de este modo la barrera habitual de realizar los seguimientos sólo hasta seis meses después de la finalización del tratamiento o hasta un máximo de un año, y tratando de animar de esta manera a otros grupos de investigación a saltar esa barrera temporal.

Así pues, es importante reseñar que el en presente estudio se confirmaron, en general, todas las hipótesis que se plantearon.

Primera hipótesis: *La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma es efectiva en la reducción del TEPT, el TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comórbidos en víctimas del terrorismo a muy largo plazo, uno y dos años después de haber aplicado el tratamiento.*

Observando la muestra de completos se puede ver como no solamente el TEPT sino también todos los diagnósticos disminuyeron su prevalencia en el seguimiento al año y a los dos años de forma estadísticamente significativa, alcanzando tasas de recuperación entre el 82% y el 93% para el seguimiento al año y entre el 77% y el 100% para el seguimiento a los dos años. Estos porcentajes tan elevados de recuperación nos indican que la mayoría de las víctimas que en la evaluación pretratamiento presentaban diagnóstico, no lo presentaban en el seguimiento, llegando a presentar la ausencia del mismo para toda la muestra en el seguimiento a los dos años, en el caso de las combinaciones de TEPT con TDM, TEPT con otros trastornos de ansiedad y TEPT con TDM y otros trastornos de ansiedad.

Además, estos datos se pudieron corroborar cuando se utilizó un análisis de la efectividad mucho más exigente, utilizando la muestra de intención de tratar, es decir, utilizando todas personas que habían iniciado el tratamiento, independientemente de si lo habían completado o abandonado. En este caso la prevalencia de los diagnósticos disminuyó para todos los diagnósticos, tanto en el seguimiento al año como en el seguimiento a los dos años, siendo todas las reducciones estadísticamente significativas y alcanzando una tasa de recuperación para todos los diagnósticos de en torno al 50% para el seguimiento al año y en torno al 40-45% en el seguimiento a los dos años. Como cabría suponer, en estos análisis no se pueden alcanzar tasas de recuperación muy elevadas o del 100% de la psicopatología. Sin embargo, si comparamos estos resultados

con las investigaciones que existen a día de hoy con víctimas del terrorismo y que fueron analizadas en la revisión de García-Vera et al. (2015), podemos comprobar que la tasa de recuperación del TEPT en este estudio (53,75%) es muy similar a la alcanzada en la citada revisión (57,6%).

Además, debido a que no podemos realizar comparaciones con otros estudios de víctimas del terrorismo, puesto que no los hay, o al menos no están publicados, decidimos comparar estos resultados con los estudios que se habían realizado con víctimas de otros eventos traumáticos. En este sentido, lo que encontramos es que la tasa de recuperación de la muestra de intención de tratar de este estudio para el diagnóstico de TEPT es comparable y similar a las obtenidas en otras investigaciones, como es el caso de los metaanálisis de Bradley et al. (2005) y de Cusack et al. (2016), en los que se obtuvieron tasas de recuperación de más del 62% y de más del 50% respectivamente.

No obstante, no nos quedábamos satisfechos con la comparación de la tasa de recuperación de este estudio con los estudios sobre víctimas de otros eventos traumáticos, ya que las características de estos eventos traumáticos son muy amplias y las características de las víctimas de cada evento traumático son diferentes, por lo que decidimos concretar algo más comparando la tasa de recuperación de este trabajo con la obtenida en los estudios de eventos traumáticos cometidos de forma intencionada por el ser humano. En relación con esta comparación específica, pudimos comprobar que la tasa de recuperación para el TEPT en nuestro estudio no sólo era comparable a la obtenida en la revisión realizada en el capítulo 4, sino que era superior a la misma (53,75% vs. 45,16%).

Por tanto, los resultados encontrados en este estudio se suman a los pocos estudios sobre la eficacia o efectividad a muy largo plazo que existen en víctimas del

terrorismo. Además, en muchos casos los resultados del presente estudio podrían considerarse como mejores, teniendo en cuenta que en este trabajo ninguno de los seguimientos es inferior el año ni se encuentran mezclados con seguimientos inferiores a este criterio temporal. Además, en este estudio, frente al resto de estudios, fueron más los tipos de diagnósticos psicopatológicos que se analizaron y estos análisis se realizaron tanto sobre la muestra de pacientes con datos completos como sobre la muestra de intención de tratar para todos los diagnósticos, así como para sus comorbilidades.

Así mismo, los resultados de este estudio aportan su contribución a los metaanálisis revisados sobre eventos traumáticos (Bradley et al., 2005; Cusack et al., 2016; de Kline, Cooper, Rytwinski y Feeny, 2018; de Imel, Laska, Jakupcak y Simpson, 2013; Ehring et al., 2014; Watts et al., 2013) y a los trabajos revisados sobre eventos traumáticos cometidos de forma intencionada por el ser humano, en los que en la mayoría de los estudios los logros obtenidos en el postratamiento se mantienen a largo y muy largo plazo e incluso en algunos estudios se produce mejoría con respecto al mismo (Carlsson., 2010; Foa et al., 2005).

Segunda hipótesis: *La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma es efectiva en la reducción de los niveles de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa en víctimas del terrorismo a muy largo plazo, uno y dos años después de haber aplicado el tratamiento.*

Las puntuaciones medias de la PCL, el BDI-II y el BAI, se encontraban por encima del punto de corte en el pretratamiento tanto en la muestra de completos como en la muestra de intención de tratar. Tras realizarse los análisis se pudo comprobar que las puntuaciones de la PCL disminuyen de forma significativa ($p < ,001$) para la muestra

de completos en ambos seguimientos y para la muestra de intención de tratar en el seguimiento al año. No obstante, todas las puntuaciones de los seguimientos (27,29; 22,16; 35,99; 41) se encontraban por debajo del punto de corte o puntuación C.

Al igual que en la PCL, las puntuaciones medias del BDI-II disminuyen de forma significativa ($p < ,001$) por debajo del punto de corte, en este caso tanto en la muestra de completos como en la de intención de tratar para ambos seguimientos. Estos datos se suman a los del estudio de Brewin et al. (2010) que indican que el 56,1% de los participantes mostraban diferencias significativas en cuanto al decremento de la puntuación media en el BDI.

En cuanto al BAI, al igual que sucedió con la PCL y el BDI-II, las puntuaciones medias pretratamiento se encontraban por encima de la puntuación C en las muestras de los dos seguimientos, disminuyendo ambas de forma significativa ($p < ,001$) al igual que en los dos anteriores cuestionarios por debajo del punto de corte tanto para la muestra de completos como para la de intención de tratar.

Los pacientes que recibieron la TCC no solo mostraron a muy largo plazo reducciones estadísticamente significativas en la sintomatología emocional que experimentaban, sino que dichas reducciones eran, según los estándares de Cohen, de un tamaño del efecto grandes, al menos para el análisis de datos completos. El tamaño del efecto pre-seguimiento al año para las personas que completaron el tratamiento fue de 1,16 para la PCL, 1,15 para el BDI-II y 0,93 para el BAI, considerándose los tres como grandes, y que para la comparación pre-seguimiento a los dos años, el estadístico *d* de Cohen es de 1,73 para el PCL, 1,23 para el BDI-II y 0,93 para el BAI, considerándose como grandes también. Estos datos son comparables a los encontrados en otros estudios. Por ejemplo, Duffy et al. (2007), encontraron que los tamaños del efecto pre-seguimiento eran de 2,10 para el TETP y de 1,45 para la depresión, algo

superiores a los encontrados en el presente estudio, mientras que los tamaños del efecto alcanzados en el estudio de Brewin et al., (2010) eran muy similares a los encontrados en el presente estudio, siendo de 1,87 para el TETP y de 1,23 para el TDM. En la misma dirección que Duffy et al., (2007), en el estudio de Moreno Pérez (2015) se encontró que comparando los tamaños del efecto del pretratamiento con el seguimiento en la muestra de completos ($n = 21$), estos fueron grandes para todas las medidas siendo de 2,29 para la sintomatología postraumática, de 2,52 para la sintomatología depresiva y de 1,26 para a sintomatología ansiosa, superiores igualmente a la muestra actual, no obstante, no debemos olvidar que la muestra en este estudio era muy pequeña.

Así mismo, quisimos comparar los resultados de este trabajo con los estudios de eventos traumáticos cometidos por el ser humano. En este caso, los tamaños del efecto obtenidos en el presente estudio son muy similares a los encontrados por Cahill et al., (2003), con tamaños del efecto de 1,70 para el TEPT, 0,86 para la depresión y 0,80 para la ansiedad, todos ellos grandes, y, así mismo, son similares a los obtenidos por Nixon *et al.* (2016) con tamaños del efecto de 1,25 para el TEPT y 0,86 para la sintomatología depresiva.

No obstante, en el análisis de intención de tratar, los tamaños del efecto disminuyeron considerablemente siendo de 0,63 para el PCL, 0,52 para el BDI-II y 0,51 para el BAI, considerándose los tres como medianos, según los criterios de Cohen, y siendo de 0,21 para el PCL, 0,34 para el BDI-II y 0,27 para el BAI en el seguimiento a los dos años, considerándose los tres como pequeños.

Además, en el presente estudio también se encontró para la muestra de completos que la sintomatología postraumática en el seguimiento a los dos años y depresiva para ambos seguimientos, mejoraba en el seguimiento con respecto al

postratamiento, aunque no de manera estadísticamente significativa, aspecto que es comparable a los resultados encontrados recientemente en el metaanálisis de Kline *et al.* (2018).

Tercera hipótesis: *La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma será clínicamente significativa a muy largo plazo en víctimas del terrorismo, tras pasar uno o dos años de la aplicación de la terapia.*

Los resultados del presente estudio también indican que los porcentajes de participantes que habían disminuido en los seguimientos su puntuación en las medidas de sintomatología de estrés postraumático, de depresión y de ansiedad hasta llegar a una puntuación por debajo de la puntuación C que representa un cambio clínicamente significativo, es decir, el paso de un nivel disfuncional o uno funcional, eran muy grandes, de manera que el porcentaje de víctimas que mostraba puntuaciones por debajo de la puntuación C en los seguimientos era para todas las medidas, PCL, BDI-II y BAI, y para ambos seguimientos, al año y a los dos años, superior al 65%, llegándose a un 100% en el caso del seguimiento a los 2 años y de la sintomatología de estrés postraumático.

Cuarta hipótesis: *La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma aplicada junto con terapia farmacológica (terapia combinada), no es más efectiva a muy largo plazo (transcurridos uno y dos años desde el término de ésta), que la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma realizada de forma aislada.*

Los resultados del presente estudio indican que, al analizar la prevalencia de los diagnósticos en el seguimiento a un año o en el seguimiento a los dos años, no se encuentran diferencias significativas entre la TCC-CT combinada con fármacos y la TCC-CT aislada.

Tampoco, se encuentran diferencias entre ambos tratamientos al examinar las reducciones al año o a los dos años en sintomatología de estrés postraumático o en sintomatología depresiva, pero sí en cuanto a la sintomatología de ansiedad: el tratamiento combinado mostraba reducciones en ansiedad significativamente mayores que las mostradas por la TCC-CT aislada.

De hecho, analizando los tamaños del efecto entre el tratamiento combinado y el tratamiento aislado, los mismos son muy similares entre ellos para las medidas de síntomas de estrés postraumático y de depresión, siendo, en el seguimiento al año, de 1,7 para la PCL y de 1,26 para el BDI-II en el tratamiento aislado y de 1,61 para el PCL y de 1,49 para el BDI-II para el tratamiento combinado, mientras que, en relación con los síntomas de ansiedad medidos por el BAI, hay una diferencia mayor entre los tamaños del efecto en favor del tratamiento combinado: 1,12 en el tratamiento aislado frente a 1,6 en el tratamiento combinado. Algo similar sucede en el seguimiento a los dos años, donde el tamaño del efecto para el tratamiento aislado es de 1,84 para la PCL, 1,43 para el BDI-II y 1,16 para el BAI, y de 2,12 para la PCL, 2,08 para el BDI-II y 1,6 para el BAI en el tratamiento combinado.

Como se puede observar son algo superiores en el tratamiento combinado, pero, no obstante, los efectos de interacción entre momento de evaluación (pretratamiento vs. seguimiento a un año o a dos años) y tipo de tratamiento (combinado vs. aislado) solo fueron estadísticamente significativos para la medida de ansiedad del BAI, por lo que se podría concluir que únicamente existe una diferencia significativa pequeña en la sintomatología ansiosa entre ambos tratamientos a favor del tratamiento combinado, ya que, a pesar de esa diferencia, el grupo que recibió solo la TCC-CT también mostró a muy largo plazo reducciones significativas y grandes en sintomatología de ansiedad.

Así pues, en conjunto, se puede determinar que no existen diferencias notables en cuanto a la mejoría en la aplicación del tratamiento aislado o combinado. Estos resultados pueden compararse con los encontrados en el estudio de Schneier et al. (2012) en el que compararon la exposición prolongada con recibir el mismo tratamiento junto con paroxetina, no encontrando diferencias significativas entre ambos tratamientos en el seguimiento a los tres meses donde la tasa de remisión para ambos tratamientos era muy similar, siendo de un 38% para el grupo al que se le aplicó paroxetina y de un 31% para el que se le aplicó placebo, aunque en el postratamiento sí habían encontrado diferencias en favor del tratamiento combinado.

Limitaciones del estudio y líneas de investigación futuras

Aun habiéndose obtenido tan buenos resultados en el presente estudio, este no se encuentra exento de limitaciones, las cuales deben de tenerse en cuenta si deseamos ser rigurosos en nuestro trabajo. La primera de ellas es el gran número de participantes que no quisieron recibir el tratamiento, que abandonaron el mismo o que a pesar de haber finalizado el tratamiento, abandonaron los seguimientos.

En total, un 47,93% ($n = 116$) de las víctimas a las que se les ofreció el tratamiento lo rechazaron. Además, 44 víctimas abandonaron el tratamiento una vez iniciado, lo que suponía un 18,18% de las personas a las que se les ofreció tratamiento y un 34,92% de las personas que iniciaron el tratamiento. Estos datos representan una tasa mucho mayor de abandonos de la encontrada en la literatura científica, siendo esta de una media de 16,2% para los estudios de eficacia y efectividad en víctimas del terrorismo analizados en la revisión de García-Vera et al. (2015), de 31,89% para los estudios en víctimas de eventos traumáticos cometidos de forma intencionada por el ser humano en la revisión presentada en los capítulos iniciales de esta tesis doctoral, y de un 21,1% en el metaanálisis de Bradley et al. (2005), de un 18,3% en el metaanálisis de

Imel, Laska, Jakupcak y Simpson (2013) y de 22,2% en sendos metaanálisis de Ehring et al. (2014) y de Kline, Cooper, Rytwinski y Feeny (2018), todos ellos realizados para todo tipo de víctimas que habían recibido terapia psicológica por diagnóstico de TEPT.

Además, a esas tasas de rechazo o abandono del tratamiento encontradas en el presente estudio, hay que añadir los abandonos que se produjeron durante los seguimientos, siendo de un 2,48% sobre las personas a las que se les ofreció tratamiento, de un 4,76% sobre las personas que iniciaron el tratamiento y de un 7,32 sobre las personas que finalizaron el tratamiento en el seguimiento al año, y de un 7,44% sobre las personas a las que se les ofreció tratamiento, de un 14,28% sobre las personas que iniciaron el tratamiento y de un 21,95% sobre las personas que finalizaron el tratamiento en el seguimiento a los dos años. En definitiva, el 39,68% de personas que iniciaron el tratamiento lo abandonaron antes de llegar al seguimiento al año y el 49,2% lo hizo antes de llegar al seguimiento a los dos años.

Probablemente, esta elevada tasa de abandono se debe a las características propias del diseño del estudio, en el que por un lado se ofreció tratamiento a víctimas que habían sufrido el atentado hacía una media de 19 años antes de ponernos en contacto con ellas, lo que para muchas de ellas implicaba que ya era “*demasiado tarde*” bien porque se habían acostumbrado a su nueva situación y no querían remover el pasado, bien porque ya habían pasado por muchos tratamientos diferentes tanto psicológicos como psicofarmacológicos y se mostraban escépticos a que un nuevo tratamiento les ayudara a recuperarse o bien porque consideraban que ya eran mayores para realizar el tratamiento.

Por otro lado, la gran mayoría de las víctimas fueron reclutadas mediante un procedimiento de acercamiento (*outreach*) o localización telefónica en lugar de responder a una solicitud directa o indirecta de ayuda por su parte. A todo esto, se suma que los tratamientos se realizaron en las capitales de provincia de las diferentes comunidades autónomas, lo que produjo rechazos de tratamiento por tener que desplazarse de su localidad de residencia a la capital de provincia, en muchos casos a bastantes kilómetros de distancia. Por todo ello, se considera necesario buscar estrategias de motivación durante las evaluaciones pretratamiento y posteriormente dentro de cada módulo del tratamiento para cada una de sus técnicas, de forma que se reduzcan los rechazos al tratamiento y los abandonos, lo que a su vez conllevaría un aumento en la muestra, de la misma manera, habría que elaborar estrategias de motivación para la realización de los seguimientos a muy largo plazo, ya que muchas de las víctimas referían que se encontraban bien y que no necesitan seguimientos a tan largo plazo.

La segunda limitación viene derivada de la primera, y es que el tamaño de la muestra, aunque no es pequeño ($n = 76$ al año, $n = 56$ a los dos años), tampoco es muy grande, pudiéndose considerar por tanto como mediano, sobre todo en el seguimiento a los dos años y teniendo en cuenta que lo ideal sería continuar con los seguimientos no sólo hasta los 2 años sino hasta los 5 años, de manera que se pudieran realizar estudios longitudinales sobre la utilidad clínica de los tratamientos a muy largo plazo. No obstante, cabe destacar que los buenos resultados obtenidos en la muestra de completos también se obtuvieron en la muestra de intención de tratar, lo que da a suponer que los resultados pueden generalizarse sin problema en víctimas que han sufrido un atentado terrorista.

Una tercera limitación viene delimitada por el alto porcentaje de víctimas que estaban tomando medicación. Un 47,4% de los participantes que habían completado el seguimiento al año ($n = 76$) y un 50% de los participantes que lo completaron a los dos años ($n = 54$) estaban tomando algún tipo de medicación, si bien es importante recordar que los participantes llevaban muchos años consumiendo dicha medicación, por lo que no parecía muy probable que las mejoras que se encontraron en este estudio pudieran ser producidas por el medicamento como así pudo corroborarse en los análisis, sino más bien por la terapia psicológica o por la sinergia de la terapia psicológica junto con la terapia farmacológica. No obstante, tal vez debieran estudiarse los efectos que puede producir la terapia farmacológica añadida a la terapia psicológica a muy largo plazo en víctimas del terrorismo, ya que el único estudio que hay al respecto (Schneier et al., 2012), únicamente analiza los efectos de dicha combinación a medio plazo, tres meses después de finalizado el tratamiento y, al parecer, no existían diferencias significativas en añadir fármacos a la terapia psicológica.

La cuarta y última limitación de este estudio está determinada por el tipo de país en el que se aplicó el tratamiento, un país desarrollado, y por el hecho de que durante la aplicación de la terapia no se cometieron atentados terroristas, todo lo contrario, por ejemplo, del estudio de Bryant et al. (2011), único estudio realizado bajo circunstancias diferentes: la terapia se aplicó en un país no desarrollado mientras se seguían cometiendo atentados terroristas. Es por ello que, actualmente, podemos generalizar este estudio a países desarrollados y a su vez compararlo con los estudios ya existentes sobre el tema realizados en parecidas circunstancias, pero no podemos hacerlo en otras culturas cuyas formas y circunstancias de vida son muy diferentes a las de dichos estudios. Por tanto, se vuelve prioritario aplicar estos tratamientos en víctimas del

terrorismo residentes o procedentes de países en vías de desarrollo o no desarrollados, adaptándolos a las condiciones de vida de los participantes, puesto que en muchos de estos países sufren atentados terroristas muy frecuentemente, en algunos de ellos con una frecuencia aterradora y carecen de tratamientos que pueden ayudarles a mejorar su problemática psicológica.

Además, no estaría de más poder realizar estudios en un futuro que comprueben la eficacia y la efectividad a corto, medio, largo y muy largo plazo de los tratamientos en víctimas de diferentes tipos de atentados y diferentes grados de exposición al trauma para poder adaptar y mejorar los tratamientos a las características particulares de cada tipo de víctima, si bien es cierto que esto podría causar un problema en cuanto a potencia estadística por la alta probabilidad de obtener muestras muy pequeñas para cada tipo de atentado o grado de exposición. Por último, sería muy recomendable poder realizar estudios en los que no sólo se valore el TEPT como problemática principal sino que lo sean otro tipo de trastornos como el TDM, los diferentes trastornos de ansiedad diferentes del TEPT analizados cada uno de ellos de forma aislada, el duelo complicado, las comorbilidades entre dichos trastornos e incluso otras variables como la calidad de vida, la relación con otras personas o la adaptación laboral, realizarlo de esta manera sería un incentivo para valorar la eficacia y la efectividad de cada uno de los componentes de las terapias para poder conseguir finalmente una terapia psicológica con los elementos justos y necesarios para la mejora de diferentes tipos de diagnósticos o para la adaptación de los diferentes módulos de las terapias en función del tipo de diagnóstico que presente la víctima del terrorismo.

Capítulo 11.

Conclusiones

Tras la revisión de la literatura científica sobre la efectividad a muy largo plazo de los tratamientos en víctimas del terrorismo y en víctimas de actos violentos cometidos de forma intencionada por el ser humano, el análisis de los resultados de dicha literatura y, especialmente, el análisis de los resultados del estudio empírico de la presente tesis doctoral, permiten concluir que:

1. La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma ha mostrado su efectividad a muy largo plazo —a uno y dos años— en víctimas del terrorismo no sólo para las reducciones del diagnóstico de TEPT, sino también para el TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comórbidos, mostrándose esta efectividad en el presente estudio no sólo cuando se analizaron los datos de los pacientes que completaron el tratamiento, sino también cuando se analizaron los datos de los pacientes que no completaron el tratamiento y se consideraron, conservadoramente, como fracasos terapéuticos (análisis de intención de tratar).
2. La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma muestra, respecto al pretratamiento, reducciones significativas a muy largo plazo —a uno y dos años— en cuanto a la sintomatología de estrés postraumático (PCL), depresiva (BDI-II) y ansiosa (BAI), tanto en los análisis de los datos de los pacientes que completaron el tratamiento como en el análisis de intención de tratar. Además, en la muestra de pacientes que completaron el tratamiento, las magnitudes de esas reducciones —tamaños del efecto— se mostraron grandes para todas las medidas de sintomatología emocional y para los dos seguimientos. Mientras que en la muestra de pacientes que iniciaron el tratamiento, a pesar de que conservadoramente se sustituyeron las medidas de seguimiento de los pacientes que no completaron el tratamiento por sus medidas pretratamiento (análisis de

intención de tratar), las magnitudes de las reducciones en sintomatología emocional fueron medianas para el seguimiento al año (aunque pequeñas para el seguimiento a los dos años).

3. La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma también es efectiva a muy largo plazo desde el punto de vista de la significación clínica, mostrando un elevado número de participantes que reducen sus puntuaciones por debajo de la puntuación de corte que indican niveles normales en las medidas de sintomatología de estrés postraumático, de depresión y ansiedad: la PCL, el BDI-II y el BAI, respectivamente.
4. En general, los beneficios terapéuticos que se obtienen al finalizar la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma se mantienen a muy largo plazo, ya que, respecto al postratamiento, las mejorías a nivel diagnóstico y sintomático se mantienen en los seguimientos a uno y dos años. En todo caso, respecto a la sintomatología depresiva y ansiosa se han encontrado, en algunos análisis y seguimientos, en concreto en el análisis de intención de tratar y, especialmente, en el seguimiento a dos años, aumentos significativos de dicha sintomatología respecto al postratamiento, pero dichos aumentos son pequeños, nunca llegan a alcanzar los niveles obtenidos en el pretratamiento y, en general, se mueven en los niveles considerados normales.
5. La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma ha mostrado su efectividad a muy largo plazo por sí sola, es decir, sin la ayuda de psicofármacos, ya que no se han encontrado diferencias significativas entre los participantes del estudio que tomaban psicofármacos y los que no los tomaban. No obstante, en el caso de la sintomatología de ansiedad, la toma de

psicofármacos podría potenciar ligeramente los beneficios terapéuticos de la aplicación en solitario de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, hallazgo que debería examinarse en futuras investigaciones con diseños experimentales apropiados.

6. La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma se ha mostrado efectiva a muy largo plazo en víctimas que habían sufrido el atentado terrorista hacía más de 19 años y cuyos trastornos psicológicos es de suponer que se encontraban cronificados.
7. La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es efectiva a muy largo plazo tanto en víctimas que habían sufrido un atentado masivo e indiscriminado como, por ejemplo, los atentados del 11-M, como en víctimas que habían sufrido un atentado más selectivo e individual, aunque deberían realizarse estudios específicos donde pueda compararse si existen diferencias entre ambos tipos de atentados y cómo podrían modificarse las técnicas incluidas en el protocolo de tratamiento para adaptarse a las especificidades de cada tipo.
8. Para poder asentar con rigor científico la eficacia y la efectividad de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para víctimas del terrorismo que sufren trastornos emocionales, deberían realizarse más estudios sobre su efectividad a muy largo plazo para poder comprobar si los resultados alcanzados en este estudio son generalizables y, en la medida de lo posible, también sería deseable que se realizaran estudios experimentales para comprobar que la eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, ya corroborada a corto y medio plazo, también se extiende a muy largo plazo, aunque, por razones éticas, dichos estudios deberían comparar los beneficios de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma frente al tratamiento habitual o

frente a otros tratamientos psicológicos o farmacológicos potencialmente eficaces.

9. También sería recomendable realizar estudios longitudinales que abarquen seguimientos más amplios de los analizados en el presente estudio, incluso de 10 o 20 años después de finalizado el tratamiento, para así poder determinar cuando la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma pierde su efectividad clínica, si en algún momento lo hace, y, por tanto, cuando sería recomendable utilizar ciertas estrategias terapéuticas como, por ejemplo, la aplicación de sesiones de terapia de refuerzo para así ampliar en el tiempo sus beneficios terapéuticos.
10. Deberían realizarse estudios sobre la eficacia o efectividad de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para víctimas del terrorismo que sufren otros tipos de trastornos y comorbilidades como, por ejemplo, el abuso de sustancias y su presentación dual con los trastornos emocionales, o que sufren otros tipos de problemas no recogidos en las categorías diagnósticas al uso como, por ejemplo, problemas de agresividad, conflictos familiares y problemas de adaptación al entorno social y laboral. Es más, sería deseable examinar la eficacia o efectividad de la terapia no solo para paliar esos trastornos o problemas, sino también para incrementar la calidad de vida y otras variables relacionadas con el bienestar.
11. Los resultados de esta tesis doctoral y a falta de estudios similares al aquí presentado, pero centrados en la efectividad a muy largo plazo de otras terapias psicológicas o de las terapias farmacológicas, sugieren que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma debería de ser el tratamiento de elección para

las víctimas que sufren tanto de TEPT como de TDM o de trastornos de ansiedad, y tanto cuando tales trastornos se presentan aisladamente como cuando se presentan simultáneamente.

Referencias

- Abenhaim, L., Dab, W., y Salmi, L. R. (1992). Study of civilian victims of terrorist attacks (france 1982-1987). *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(2), 103-109.
- American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Recuperado el 2 de enero de 2017: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd.pdf
- American Psychiatric Association (2009). *Guideline watches (March 2009): practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Recuperado el 02 de enero de 2017: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd-watch.pdf
- American Psychological Association (2017). Division 12. Society of clinical psychology. Recuperado el 02 de enero de 2017: <http://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/post-traumatic-stress-disorder/>
- Asukai, N., Saito, A., Tsuruta, N., Kishimoto, J., y Nishikawa, T. (2010). Efficacy of exposure therapy for Japanese patients with posttraumatic stress disorder due to mixed traumatic events: A randomized controlled study. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 744-750. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20589>
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013). *Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Melbourne, Victoria: ACPMH.

- Baca, B., Cabanas, M. L., Pérez-Rodríguez, M. M. y Baca-García, E. (2004). Trastornos mentales en las víctimas de atentados terroristas y sus familiares. *Medicina Clínica*, 122(18), 681-5
- Bass, J. K., Annan, J., Murray, S. M., Kaysen, D. L., Griffiths, S., Cetinoglu, T., Bolton, P. A. (2013). Controlled trial of psychotherapy for congolese survivors of sexual violence. *New England Journal of Medicine*, 368(23), 2182-2191. doi:<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1211853>
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., y Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75-90. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490080106>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck A. T., Rush AJ, Shaw BF, Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Pres.
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación española de Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., Ciervo, C. A., y Kabat, M. (1997). Use of the Beck Anxiety and Depression Inventories for primary care with medical outpatients. *Assessment*, 4, 211–219
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española de Sanz, J., y Vázquez, C.). Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bell, P., Kee, M., Loughrey, G. C., Roddy, R. J., Curran, P. S. (1998). Post-traumatic stress in Northern Ireland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77(2), 166-169.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., y Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75-90.
doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490080106>
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., y Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour research and therapy*, 34(8), 669-673. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00033-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00033-2)
- Bradley, R. G., Greene, J., Russ, E. U., Dutra, L., y Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
- Breslau, N., Davis, D. C., Peterson, E. L y Schultz, L. (1997). Psychiatric sequeale of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, 54, 81-87.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chicoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., y Andreski, P. (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Brewin, C. R., Scragg, P., Robertson, M., Thompson, M., d'Ardenne, P., y Ehlers, A., on behalf of the Psychosocial Steering Group, London Bombings Trauma

- Response Programme. (2008). Promoting mental health following the London bombings: a screen and treat approach. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 3-8.
doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20310>
- Brewin, C. R., Fuchkan, N., Huntley, Z., Robertson, M., Thompson, M., Scragg, P., Ehlers, A. (2010). Outreach and screening following the 2005 London bombings: Usage and outcomes. *Psychological Medicine*, 40(12), 2049-2057.
Doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291710000206>
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., y Nixon, R. V. D. (2003). Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A four-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 41(4), 489-494. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00179-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00179-1)
- Bryant, R. A., Ekassawin, S., Chakkraband, M. L. S., Suwanmitri, S., Duangchun, O., y Chantaluckwong, T. (2011). A randomized controlled effectiveness trial of cognitive behavior therapy for post-traumatic stress disorder in terrorist-affected people in Thailand. *World Psychiatry*, 10(3), 205-209.
- Cahill, S. P., Rauch, S. A., Hembree, E. A., y Foa, E. B. (2003). Effect of cognitive-behavioral treatments for PTSD on anger. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(2), 113-131.
- Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L., y Muraoka, M. Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 3-24.
Doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1024448814268>
- Chard, K. M., Ricksecker, E. G., Healy, E. T., Karlin, B. E., y Resick, P. A. (2012). Dissemination and experience with cognitive processing therapy. *Journal of*

Rehabilitation Research and Development, 49(5), 667-678. Doi:
<http://dx.doi.org/10.1682/JRRD.2011.10.0198>

- Carlsson, J. M., Olsen, D. R., Kastrup, M., y Mortensen, E. L. (2010). Late mental health changes in tortured refugees in multidisciplinary treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(11), 824-828.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed.). Hillsdale, NJ: LEA.
- Cohen, R., Alison, E., McIntosh, D., Poulin, M. y Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide Longitudinal Study of Psychological Responses to September 11. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 1235-1244.
- Conejo-Galindo, J., Medica, O., Fraguas, D., Terán, S., Sainz-Cortón, E., Arango, C. (2008). Psychopathological sequelae of the 11 March terrorist attacks in Madrid. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 258, 28-34.
- Comisión Europea (2016). Discurso del Presidente Jean-Claude Juncker sobre el Estado de la Unión Europea ante el Parlamento Europeo. Recuperado el 31 de octubre de 2016 en: http://ec.europa.eu/priorities/state-union-2016_en
- Curran, P. S. (1988). Psychiatric aspects of terrorist violence: Northern Ireland 1969-1987. *British Journal of Psychiatry*, 153, 470-475.
- Curran, P. S. (1990). Psychiatric aspects of terrorist violence in Northern Ireland (1969 to 1989). *Medico-Legal Journal*, 58(Pt 2), 83-96.
- Cusack, K., Jones, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>

- Davis, S. P., Arnette, N. C., Bethea, K. S., Graves, K. N., Rhodes, M. N., Harp, S. E., Kaslow, N. J. (2009). The Grady Nia Project: A culturally competent intervention for low-income, abused, and suicidal African American women. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 141–147.
- De la Calle, L., y Sánchez-Cuenca, I., (2004). La selección de víctimas en ETA. *Revista Española de Ciencia Política*, 10, 53-79.
- Department of Veterans Affairs Department of Defense (2010). *Clinical practice guideline for management of post-traumatic stress*. Recuperado el 02 de enero de 2017: http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/cpg_PTSD-FULL-201011612.pdf
- Departamento de Defensa (2010). *Dod dictionary of Military and Associated Terms*. Whashington D.C.: Department of Defense.
- Derogatis, L. R. y Spencer B. S. (1982). The Brief Symptom Inventory (B.S.I.). *Administration, scoring and procedures*. Manual I. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Deville, G. J., y Spence, S. H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1-2), 131-157. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(98\)00044-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00044-9)
- Deville, G. J., Spence, S. H., y Rapee, R. M. (1998). Statistical and reliable change with eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma within a veteran population. *Behavior Therapy*, 29(3), 435-455.
- Dickstein, B. D., Walter, K. H., Schumm, J. A., y Chard, K. M. (2013). Comparing response to cognitive processing therapy in military veterans with subthreshold

- and threshold posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 703-709. Doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jts.21869>
- DiGrande, L., Perrin, M. A., Thorpe, L. E., Thalji, L., Murphy, J., Wu, D., Brackbill, R. M. (2008). Posttraumatic stress symptoms, PTSD, and risk factors among lower Manhattan residents 2–3 years after the September 11, 2001 terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 264–273. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20345>
- DiMaggio, C., y Galea, S. (2006). The behavioral consequences of terrorism: A meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 13(5), 559-566. Doi:<http://dx.doi.org/10.1197/j.aem.2005.11.083>
- DiMaggio, C., Galea, S., y Li, G. (2009). Substance use and misuse in the aftermath of terrorism. A bayesian meta-analysis. *Addiction*, 104(6), 894-904. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02526.x>
- Difede, J., Cukor, J., Jayasinghe, N., Patt, I., Jedel, S., Spielman, L., Hoffman, H. G. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(11), 1639-1647. Doi: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v68n1102>
- Difede, J., Malta, L. S., Best, S., Henn-Haase, C., Metzler, T., Bryant, R., y Marmar, C. (2007). A randomized controlled clinical treatment trial for world trade center attack-related PTSD in disaster workers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(10), 861-865. Doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181568612>
- Duffy, M., Gillespie, K., y Clark, D. M. (2007). Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: randomized

- controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*, 334(7604), 1147. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39021.846852.BE>
- Durán, F. J. O. (2008). Surgimiento y apogeo del terrorismo. *Cuadernos de Criminología: Revista de Criminología y Ciencias Forenses*, 1, 5-11.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(107), 325-340
- Echeburúa, E., de Corral, P., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: Un estudio piloto. *Análisis y Modificación De Conducta*, 22(85), 627-654.
- Echeburúa, E., De Corral, P., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1996). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: An experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(3), 185-199.
- Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21(4), 433-456.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., y de Corral, P. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres víctimas de agresiones sexuales recientes y no recientes en la vida adulta. *Psicología Conductual*, 21(2), 249.
- Ehlers, A., y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)

Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., y Emmelkamp, P. M.

G. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review*, 34, 645–657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.10.004>.

Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., y Blumenthal, R. (1993). Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: A new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29(2), 321-326.

Europol (2012). *European union terrorism situation and trend report 2012 (TE-SAT, 2012)*. Recuperado el 13 de noviembre de 2016: <https://www.europol.europa.eu/activities-services/main-reports/te-sat-2012-eu-terrorism-situation-and-trend-report>

Europol (2013). *European union terrorism situation and trend report 2013 (TE-SAT, 2013)*. Recuperado el 13 de noviembre de 2016: <https://www.europol.europa.eu/activities-services/main-reports/te-sat-2013-eu-terrorism-situation-and-trend-report>

Europol (2014). *European union terrorism situation and trend report 2014 (TE-SAT, 2014)*. Recuperado el 13 de noviembre de 2016: <https://www.europol.europa.eu/activities-services/main-reports/te-sat-2014-eu-terrorism-situation-and-trend-report>

Europol (2015). *European union terrorism situation and trend report 2015 (TE-SAT, 2015)*. Recuperado el 12 de noviembre de 2016: <https://www.europol.europa.eu/activities-services/main-reports/european-union-terrorism-situation-and-trend-report-2015>

Europol (2016). *European union terrorism situation and trend report 2016 (TE-SAT, 2016)*. Recuperado el 22 de agosto de 2017:

<https://www.europol.europa.eu/activities-services/main-reports/european-union-terrorism-situation-and-trend-report-te-sat-2016>

Europol (2017). European union terrorism situation and trend report 2017 (TE-SAT, 2017). Recuperado el 3 de julio de 2018: <https://www.europol.europa.eu/activities-services/main-reports/eu-terrorism-situation-and-trend-report-te-sat-2017>

Fecteau, G., y Nicki, R. (1999). Cognitive behavioural treatment of post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27(3), 201-214.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1999). Guía del Usuario para la *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión clínica*. SCID-I. Barcelona: Masson.

Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy: Past, present, and future. *Depression and Anxiety*, 28(12), 1043-1047. Doi: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20907>

Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., y Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The posttraumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445-451. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.445>

Foa, E. B., Davidson, J. R. T., y Frances, A. (1999). The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(Supl. 16).

- Foa, E. B., Hembree, E. A., y Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Keane, T. M., y Friedman, M.J. (Eds.). (2003). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona: Ariel.
- Foa, E. B., McLean, C. P., Capaldi, S., y Rosenfield, D. (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 210(24), 2650-2657. Doi:<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.282829>
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., y Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 459-473. Doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490060405>
- Foa, E. B., y Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Foa, E. B., Yusko, D. A., McLean, C. P., Suvak, M. K., Bux, D. A., Oslin, D. W., Volpicelli, J. R. (2013). Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 310(5), 488-495. Doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.8268>
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., y Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.

- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., Feeny, N. C., y Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 953-964.
- Forbes, D., Lloyd, D., Nixon, R. D. V., Elliott, P., Varker, T., Perry, D., Creamer, M. C. (2012). A multisite randomized controlled effectiveness trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 442-452. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.006>
- Fraguas, D., Terán, S., Conejo-Galindo, J., Medina, O., Sainz Cortón, E., Ferrando, L., . . . Arango, C. (2006). Posttraumatic stress disorder in victims of the March 11 attacks in Madrid admitted to a hospital emergency room: 6-month follow-up. *European Psychiatry*, 21(3), 143-151.
- Fundación Víctimas del Terrorismo (2016). *Víctimas del terrorismo. Asesinados por ETA, GRAPO y otros grupos y atentados del 11 de marzo*. Recuperado el 12 de noviembre de 2016: <http://fundacionvt.org>
- Gabriel, R., Ferrando, L., Cortón, E. S., Mingote, C., García-Camba, E., Liria, A. F., y Galea, S. (2007). Psychopathological consequences after a terrorist attack: An epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *European Psychiatry*, 22(6), 339-346.
- Galea, S., y Resnick, H. (2005). Posttraumatic Stress Disorder in the General Population After Mass Terrorist Incidents: Considerations about the Nature of Exposure. *CNS SPECTRUMS*, 10(2), 107-115.

- Galovski, T. E., Blain, L. M., Mott, J. M., Elwood, L. S., y Houle, T. (2012). Manualized therapy for PTSD: Flexing the structure of cognitive processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 968-981. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0030600>
- García-Vera, M. P., Moreno, N., Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., Zapardiel, A., y Marotta, S. (2015). Eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para las víctimas adultas de atentados terroristas: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 23, 215-244.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2010). Trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas. Una revisión de la literatura empírica. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 10, 129-148.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2016). Repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas en las víctimas adultas y su tratamiento: estado de la cuestión. *Papeles del psicólogo*, 37(3), 198-204.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2017). Psychopathological consequences of terrorism: the prevalence of posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. En J. A. del Real Alcalá (Ed.), *Fundamental rights and vulnerable groups*. Sharjah, UAE: Bentham Science Publishers.
- García-Vera, M.P., Sanz, J., y Gutiérrez, S. (2016). A systematic review of the literature on posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. *Psychological reports*, 119(1), 328-359. <https://doi.org/10.1177/0033294116658243>
- García-Vera, M. P., y Romero Colino, L. (2004). Tratamiento psicológico de los trastornos por estrés derivados de los atentados del 11-M: de la psicología clínica basada en la evidencia a la práctica profesional. *Clínica y Salud*, 15, 355-385.

- Gesteira Santos, C. (2015). *Eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para trastornos por estrés postraumático, depresivos y de ansiedad a largo plazo en víctimas de atentados terroristas*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense, Madrid, España.
- Gil, S., y Caspi, Y. (2006). Personality traits, coping style, and perceived threat as predictors of posttraumatic stress disorder after exposure to a terrorist attack: A prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 904-909.
- Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A., y Clark, D. M. (2002). Community based cognitive therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 345-357.
- Goldberg, D., y Williams, P. A. (1988). User's guide to the general health questionnaire. Windsor: NFER.
- Gutiérrez Camacho, S. (2015). *Prevalencia de trastornos psicológicos en población española víctima de atentados terroristas*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Hagl, M., Powell, S., Rosner, R., y Butollo, W. (2015). Dialogical exposure with traumatically bereaved bosnian women: Findings from a controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(6), 604-618. doi:<http://0-dx.doi.org.cisne.sim.ucm.es/10.1002/cpp.1921>
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *The British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6(4), 278-296.
- Hansen, M. B., Birkeland, M. S., Nissen, A., Blix, I., Solberg, Ø., y Heir, T. (2017). Prevalence and course of symptom-defined PTSD in individuals directly or

indirectly exposed to terror: a longitudinal study. *Psychiatry*, 80(2), 171-183.

<https://doi.org/10.1080/00332747.2016.1230983>

Harris, M., y Anglin, J. (1998). *Trauma recovery and empowerment: A clinician's guide for working with women in groups*. Simon and Schuster.

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Grupo ESEMeD-España. (2006). [Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESEMeD-spain study]. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.

Hidalgo, R. y Davidson, J. (2000). Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and health related considerations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 5-13.

Hinton, D. E., Hofmann, S. G., Rivera, E., Otto, M. W., y Pollack, M. H. (2011). Culturally adapted CBT (CA-CBT) for latino women with treatment-resistant PTSD: A pilot study comparing CA-CBT to applied muscle relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 275-280. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.005>

Högberg, G., Pagani, M., Sundin, Ö, Soares, J. J. F., Åberg-Wistedt, A., Tärnell, B., y Hällström, T. (2007). On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers -- a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(1), 54-61. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08039480601129408>

Horowitz, M. J., Wilner, N., y Alvarez, W. (1979). The Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218.

Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M., y Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 394-404. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0031474>

- Ironson, G., Freud, B., Strauss, J. L., y Williams, J. (2002). Comparison for two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 113-128. Doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.1132>
- Jehel, L., Duchet, C., Paterniti, S., Consoli, S. M., y Guelfi, J. D. (1999) Prospective study of post-traumatic stress in victims of terrorist attacks]. *L'Encephale*, 27(5), 393-400.
- Johnson, D. R., Rosenheck, R., Fontana, A., Lubin, H., Charney, D., y Southwick, S. (1996). Outcome of intensive inpatient treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 153(6), 771-777. doi:<http://0-dx.doi.org.cisne.sim.ucm.es/10.1176/ajp.153.6.771>
- Johnson, D. M., Zlotnick, C., y Perez, S. (2011). Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 542-551. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0023822>
- Kaslow, N. J., Leiner, A. S., Reviere, S., Jackson, E., Bethea, K., Bhaju, J., Thompson, M. P. (2010). Suicidal, abused african american women's response to a culturally informed intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(4), 449-458.
- Kawana, N., Ishimatsu, S., y Kanda, K. (2001). Psycho-physiological effects of the terrorist sarin attack on the tokyo subway system. *Military Medicine*, 166(12), 23-26.

- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kline, A. C., Cooper, A. A., Rytwinski, N. K., y Feeny, N. C. (2018). Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 59, 30-40.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.009>
- Krueger A. B., y Malecková, J. (2003). Education, poverty and terrorism: is there a casual connection? *Journal of Economic Perspectives*, 17(4), 119-144.
- Krug, E.G.; Dahlberg, L.L.; Mercy, J.A.; Zwi, A.B. y Lozano, R. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, Organización Panamericana de la Salud. (Publicación Científica y Técnica No. 588). ISBN 92 75 31588 4
- Lang, A. J., Schnurr, P. P., Jain, S., He, F., Walser, R. D., Bolton, E., Chard, K. M. (2017). Randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for distress and impairment in OEF/OIF/OND veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- Ley Orgánica 2/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en materia de delitos de terrorismo. Consultado el 12 de noviembre de 2016 en el BOE núm. 77 de 31 de Marzo de 2015 en la página web: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/03/31/pdfs/BOE-A-2015-3440.pdf>
- Llera, F.J. (1992). ETA: Ejército secreto y movimiento social. *Revista de Estudios Políticos*. Núm., 28 (pp. 161-193)

- Marcus, S. V., Marquis, P., y Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34(3), 307-315. Doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0087791>
- Marks, I. M., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., y Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55(4), 317-325.
Doi:<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.55.4.317>
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González Ordi, H., Muñoz, M., y Casado, I. (2004). *Consecuencias psicológicas del atentado terrorista del 11-M en Madrid: Población general, víctimas y personal de emergencia*. Disponible en internet: <http://www.ucm.es/info/seas/tep/index.htm>.
- Monson, C. M., Macdonald, A., Vorstenbosch, V., Shnaider, P., Goldstein, E. S. R., Ferrier-Auerbach, A. G., y Mocciola, K. E. (2012). Changes in social adjustment with cognitive processing therapy: Effects of treatment and association with PTSD symptom change. *Journal of Traumatic Stress*, 25(5), 519-526. Doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jts.21735>
- Moreno Pérez, N. (2015). *Terapia cognitivo conductual centrada en el trauma para las víctimas de atentados terroristas: un estudio de efectividad con trastornos mentales a muy largo plazo*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Morrissey, J. P., Jackson, E. W., Ellis, A. R., Amaro, H., Brown, V. B., y Najavits, L. M. (2005). Twelve-month outcomes of trauma-informed interventions for women with co-occurring disorders. *Psychiatric Services*, 56(10), 1213-1222. doi:<http://0-dx.doi.org.cisne.sim.ucm.es/10.1176/appi.ps.56.10.1213>

- Nacasch, N., Foa, E. B., Huppert, J. D., Tzur, D., Fostick, L., Dinstein, y Zohar, J. (2011). Prolonged exposure therapy for combat- and terror-related posttraumatic stress disorder: A randomized control comparison with treatment as usual. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(9), 1174-1180. Doi: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.09m05682blu>
- Najavits, L. M. (2002). Clinicians' views on treating posttraumatic stress disorder and substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(2), 79-85. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00219-2](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00219-2)
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guideline 26*. Recuperado el 02 de enero de 2017: <http://www.nice.org.uk/CG026NICEguideline>
- National Institute of Mental Health (NIMH) (2002). *Mental health and mass violence: evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence. A workshop to reach consensus on best practices*. NIH Publication No. 02-5138, Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Counterterrorism Center. (2006). NCTC Report on incidents of terrorism 2005. Revisado el 31 de octubre de 2016 en la página web: <http://www.fas.org/irp/threat/nctc2005.pdf> ***FALTA RESTO DE AÑOS
- Naciones Unidas (2004). *Asamblea General*. Consultado el 31 de octubre de 2016 en la página web: <http://ocw.um.es/cc.-juridicas/derecho-internacional-publico-1/ejercicios-proyectos-y-casos-1/capitulo7/documento-10-a-59-565-informe-grupo.pdf>
- Naciones Unidas (2006). *Asamblea General*. Consultado el 12 de noviembre de 2016 en la página web: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/60/288>

- Naciones Unidas (2015). *Asamblea General*. Consultado el 31 de octubre de 2016 en la página web: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/70/674>
- Naciones Unidas (2016). *Asamblea General*. Consultado el 12 de noviembre de 2016 en la página web: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/70/L.55>
- Neria, Y., DiGrande, L. y Adams, B. G. (2011). Posttraumatic stress disorder following the September 11, 2001, Terrorist attacks. A review of the literature among highly exposed populations. *American Psychologist*, 66(6), 429-446. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0024791>
- Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T., y Schauer, M. (2010). Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated?: A randomized controlled pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(2), 81-91. Doi:<http://dx.doi.org/10.1080/16506070903121042>
- Nixon, R. D. V., Best, T., Wilksch, S. R., Angelakis, S., Beatty, L. J., y Weber, N. (2016). Cognitive processing therapy for the treatment of acute stress disorder following sexual assault: A randomised effectiveness study. *Behaviour Change*, 33(4), 232-250.
- North, C. S., Nixon, S. J., Shariat, S., Mallonce, S., McMillen, J. C., Spitznagel, E. L. y Smith, E. (1999). Psychiatric Disorders among survivors of the Oklahoma city bombing. *The Journal of the American Medical Association*, 282, 755-762
- North, C. S., Tivis, L., McMillen, J.C., Pfefferbaum, B., Spitznagel, E. L., Cox, J., Nixon, S., Bunch, K. P., y Smith, E. M. (2002) Psychiatric disorders in rescue workers after the Oklahoma City bombing. *American Journal of Psychiatry*, 159, 857-859

Office of the Coordinator for Counterterrorism (2000). *Patterns of Global Terrorism*.

Recuperado el 12 de noviembre de 2016:

<http://www.state.gov/j/ct/rls/crt/2000/index.htm>

Office of the Coordinator for Counterterrorism (2001). *Patterns of Global Terrorism*.

Recuperado el 12 de noviembre de 2016:

<http://www.state.gov/j/ct/rls/crt/2001/html/10235.htm>

Office of the Coordinator for Counterterrorism (2002). *Patterns of Global Terrorism*.

Recuperado el 12 de noviembre de 2016:

<http://www.state.gov/j/ct/rls/crt/2002/html/19980.htm>

Office of the Coordinator for Counterterrorism (2003). *Patterns of Global Terrorism*.

Recuperado el 12 de noviembre de 2016:

<http://www.state.gov/j/ct/rls/crt/2003/33771.htm>

Palacios, L., y Heinze, G. (2002). Trastorno de estrés postraumático: Una revisión del tema. *Salud Mental*, 5.

Pelechano, V. (2007). Viejas y nuevas cuestiones en las viejas y nuevas terapias psicológicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 71-90.

Pozza, A., Bossini, L., Ferretti, F., Olivola, M., Del Matto, L., Desantis, S., ... y Coluccia, A. (2019). The effects of terrorist attacks on symptom clusters of PTSD: a comparison with victims of other traumatic events. *Psychiatric Quarterly*, 90(3), 587-599.

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., . . . Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79.

Real Academia Española (2016). *Diccionario de la lengua española*, 23ª edición.

Recuperado el 31 de octubre de 2016 de: <http://dle.rae.es/?id=Zd3L6Oc>

- Reeler, A. P., y Mbape, P. (1998). A pilot study of a brief form of psychotherapy for survivors of torture. *Torture*, 8, 120-6.
- Reguera, B., Mínguez, A., Barranco, A., Rubert, L., Calle, A., Rodríguez, A., Gutiérrez, S., Pascual, S., y Sanz, J. (2014). *La Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático, versión civil (PCL-C): propiedades psicométricas de una versión española en víctimas de terrorismo*. Comunicación presentada en el X Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, 11-13 de septiembre, Valencia.
- Remón, J. (2006). Aproximación a la Historia del Terrorismo. Departamento de Educación, Cultura y Deporte del Gobierno de Aragón (Eds.). *Afrontar el terrorismo* (pp. 81-96). Zaragoza.
- Resick, P. A., Williams, L. F., Suvak, M. K., Monson, C. M., y Gradus, J. L. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 201-210. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0026602>
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E y Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(6), 984-991.
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J. A., y Bisson, J. I. (2010). Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(3), Article CD007944. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007944.pub2>

- Rodríguez Uribes, J.M. (2015). *Las víctimas del terrorismo en España*. Dykinson, S. L. Madrid. ISBN:978-84-9031-974-1.
- Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(3), 317-334.
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C., y Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 607-616. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20069>
- Rubin, G. J., Brewin, C. R., Greenberg, N., Simpson, J. y Wessely, S., (2005). Psychological and behavioural reaction to the bombings in London on 7 July 2005: cross sectional survey of a representative sample o Londoners. *BMJ* 331:606. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.38583.728484.3A>
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Iruarrizaga, I., Cano-Vindel, A., y Galea, S. (2011). Major depressive disorder following terrorist attacks: A systematic review of prevalence, course and correlates. *BMC Psychiatry*, 11 doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-11-96>
- Santiago, P. N., Ursano, R. J., Gray, C. L., Pynoos, R. S., Spiegel, D., Lewis-Fernández, R., ... y Fullerton, C. S. (2013). A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events. *PloS one*, 8(4). doi: [10.1371/journal.pone.0059236](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0059236)
- Sanz, J. (2013). 50 años de los inventarios de depresión de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del Psicólogo*, 34(3), 161-168.

- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48. doi: <http>
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2012). *Propiedades psicométricas de una versión breve española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26, 167-180.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., y Fortún, M. (2005). *Desarrollo y propiedades psicométricas de una versión breve española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Comunicación presentada en el V Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica, Buenos Aires (Argentina), 1-2 de julio de 2005.
- Selzer, M. L., Vinokur, A., y van Rooijen, L. (1975). A self-administered short Michigan alcoholism screening test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol*, 36(1), 117-126.
- Shear, K. M., Jackson, C. T., Essock, S. M., Donahue, S. A., y Felton, C. J. (2006). Screening for complicated grief among project liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatric Services*, 57(9), 1291-7.
- Shnaider, P., Vorstenbosch, V., Macdonald, A., Wells, S. Y., Monson, C. M., y Resick, P. A. (2014). Associations between functioning and PTSD symptom clusters in a dismantling trial of cognitive processing therapy in female interpersonal

violence survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 27(5), 526-534.
doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.21954>

Schneier, F. R., Neria, Y., Pavlicova, M., Hembree, E., Sun, E. J., Amsel, L., y Marshall, R. D. (2012). Combined prolonged exposure therapy and paroxetine for PTSD related to the world trade center attack: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 169(1), 80-88.

Sijbrandij, M., Olff, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V. E., De Vries, M. H., y Gersons, B. P. R. (2007). Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 82-90. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.164.1.82>

Smith, D. W., Christiansen, E. H., Vincent, R., y Hann, N. E. (1999). Population effects of the bombing of Oklahoma City. *The Journal of the Oklahoma State Medical Association*, 92(4), 193-198.

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism). (2014). *Global Terrorism Index*. Recuperado el 16 de junio de 2015 de: <http://economicsandpeace.org/wp-content/uploads/2015/06/Global-Terrorism-Index-Report-2014.pdf>

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism). (2015). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2014*. Recuperado el 9 de enero de 2016: <http://www.state.gov/documents/organization/239628.pdf>

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism). (2016). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2015*. Recuperado el 12 de noviembre de 2016: <http://www.state.gov/j/ct/rls/crt/2015/257526.htm>

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism).

(2017). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2016*.

Recuperado el 21 de agosto de 2017:

<https://www.state.gov/j/ct/rls/crt/2016/index.htm>

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism).

(2018). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2017*.

Recuperado el 11 de abril de 2019

<https://www.state.gov/documents/organization/283097.pdf>

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism).

(2019). *Global Terrorism in 2018*. Recuperado el 11 de abril de 2020 de

https://www.start.umd.edu/sites/default/files/publications/local_attachments/START_GTD_TerrorismIn2018_Oct2018.pdf

Stein, D. J., Ipser, J. C., y Seedat, S. (2006). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder (PTSD) (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006(1)

doi:<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002795.pub2>

Steinert, C., Hofmann, M., Leichsenring, F., y Kruse, J. (2015). The course of PTSD in naturalistic long-term studies: High variability of outcomes. A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(7), 483-496.

<https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1005023>

Stewart, R. E., y Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77(4), 595-606.

doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0016032>

- Surís, A., Link-Malcolm, J., Chard, K., Ahn, C., y North, C. (2013). A randomized clinical trial of cognitive processing therapy for veterans with PTSD related to military sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 26(1), 28-37.
doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.21765>
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., y Barrowclough, C. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 13-18.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., y Ogradniczuk, J. S. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 330-338.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.330>
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (2004). A clinical approach to posttraumatic growth. En P. A. Linley y S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 405-419). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González-Ordi, H., Galea, S., (2004). Repercusiones psicopatológicas de los atentados del 11-M en Madrid. *Clínica y Salud*, 15(3), 293-304.
- Trautman, R., Tucker, P., Pfefferbaum, B., Lensgraf, S. J., Doughty, D. E., Buksh, A., y Miller, P. D., (2002). Effects of prior trauma and age on posttraumatic stress symptoms in Asian and Middle Eastern immigrants after terrorism in the community. *Community Mental Health Journal*, 38(6), 459-474.
- Unidad de Psicología Clínica y de la Salud. (2004). *Guía de autoayuda psicológica tras los atentados del 11-M*. Disponible en internet:

<https://www.ucm.es/clinicadepsicologia/guia-autoayuda-psicologica-atentados-11-m>

- Vázquez, C., Hervás, G., y Pérez-Sales, P. (2008). Chronic thought suppression and posttraumatic symptoms: data from the Madrid March 11, 2004 terrorist attack. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1326-1336. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.01.014>
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Matt, G. (2006). Post-traumatic stress reactions following the march 11, 2004 terrorist attacks in a Madrid community sample: a cautionary note about the measurement of psychological trauma. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 61-74.
- Vaughan, K., Armstrong, M. S., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W., y Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25(4), 283-291. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0005-7916\(94\)90036-1](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7916(94)90036-1)
- Vázquez, J. F. (2002). Terrorismo internacional. *Boletín de Información*, 275, 55-81.
- Vera, M., Reyes-Rabanillo, M. L., Juarbe, D., Pérez-Pedrogo, C., Olmo, A., Kichic, R., y Chaplin, W. F. (2011). Prolonged exposure for the treatment of Spanish-speaking Puerto Ricans with posttraumatic stress disorder: a feasibility study. *BMC Research Notes*, 4. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1756-0500-4-415>
- Verger, P., William Dab, M. D., Lamping, D. L., Loze, J. Y., Deschaseaux-Voinet, C., Abenham, L., y Rouillon, F., (2004). The psychological impact of terrorism: an epidemiological study of Posttraumatic Stress Disorder and associated factors in

victims of the 1995-1996 bombings in France. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1384-1389.

Veronen, L. J., y Kilpatrick, D. G. (1982, November). *Stress inoculation training for victims of rape: Efficacy and differential findings*. Symposium conducted at the 16th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Los Angeles, CA.

Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., y Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 541–550. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.12r08225>.

Weathers, F. W., L. B., Herman, D. S., Huska, J. A., y Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. *9ª Conferencia Anual de la International Society for Traumatic Stress Studies*. San Antonio, Texas.

Weissman, M. M., y Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33(9), 1111-1115.

Zhang, Gus, North, C. S., Narayanan, P. P., Kim, Y. S., Thielman, S., y Pfefferbaum, B., (2013). The course of postdisaster psychiatric disorders in directly exposed civilians after the US Embassy bombing in Nairobi, Kenya: a follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 195-203. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-012-0535-4>

ANEXOS

Anexo 1. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes que se encontraban dentro del grupo de eficacia y los que se encontraban dentro del grupo de efectividad en la muestra de intención de tratar.

Características	Eficacia año (<i>n</i> = 64)	Efectividad año (<i>n</i> = 62)	<i>T</i> / <i>Z</i>	Eficacia dos años (<i>n</i> = 57)	Efectividad dos años (<i>n</i> = 59)	<i>T</i> / <i>Z</i>
Edad media (desviación típica)	47,55 (12,10)	48,05 (13,51)	-0,220	48,95 (11,61)	48,37 (13,54)	-0,245
Mujeres	65,6	46,8	-0.034*	64,9	47,5	-1,885
Con pareja	37,5	45,2	-0,870	31,6	55,9	-1,380
Sin estudios superiores	62,5	62,9	-0,047	63,2	66,1	-0,330
No trabajan	53,1	64,5	-2,735**	50,9	64,4	-2,784**
Media de años tras el atentado (desviación típica)	17,19 (11,61)	22,58 (9,30)	2,871**	17,53 (12,06)	22,58 (9,45)	2,504*
Tipo de víctimas						
- Herido	56,3	64,5	-0,944	57,9	64,4	-0,716
- Familiar de fallecido	28,1	25,8	-0,292	28,1	25,4	-0,321
- Familiar de herido	17,2	24,2	-0,968	15,8	25,4	-1,275
Grupo terrorista ETA	32,8	75,8	-4,156***	31,6	76,3	-4,263***
Recibieron ayuda psicológica tras atentado	67,2	56,8	-2,306*	68,4	49,2	-2,097*
Recibieron ayuda psiquiátrica tras atentado	64,1	58,1	-0,688	64,9	59,3	-0,716

Características	Eficacia año (<i>n</i> = 64)	Efectividad año (<i>n</i> = 62)	<i>T</i> / <i>Z</i>	Eficacia dos años (<i>n</i> = 57)	Efectividad dos años (<i>n</i> = 59)	<i>T</i> / <i>Z</i>
Actualmente recibe ayuda psicológica	15,6	25,8	-1,406	14	27,1	-1,732
Actualmente recibe ayuda psiquiátrica	40,6	58,1	-1,950	42,1	59,3	-1,846
Diagnóstico						
- TEPT	50	77,4	-3,183**	50,9	76,3	-2,833**
- TDM	42,2	56,5	-1,595	43,9	54,2	-1,113
- Algún trastorno de ansiedad distinto al TEPT	73,4	64,5	-1,079	73,7	64,4	-1,075
- TEPT y TDM	31,3	48,4	-1,958	33,3	45,8	-1,362
- TEPT y otros trastornos de ansiedad	31,3	48,4	-1,958	33,3	47,5	-1,542
- TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad	18,8	32,3	-1,735	21,1	30,5	-1,158
- TDM y otros trastornos de ansiedad	25	37,1	-1,463	26,3	35,6	-1,075
Puntuación media PCL	43,86	48,79		43,75	48,83	
(desviación típica)	(15,29)	(14,63)	-1,848	(15,04)	(14,94)	1,823
Puntuación media BDI-II	22,45	21,84		21,93	21,69	
(desviación típica)	(14,12)	(12,12)	-0,262	(13,23)	(12,02)	-0,100

Características	Eficacia año (<i>n</i> = 64)	Efectividad año (<i>n</i> = 62)	<i>T</i> / <i>Z</i>	Eficacia dos años (<i>n</i> = 57)	Efectividad dos años (<i>n</i> = 59)	<i>T</i> / <i>Z</i>
Puntuación media BAI (desviación típica)	19,89 (13,77)	22,19 (13,47)	-0,949	20,09 (13,78)	22,29 (13,61)	0,865

Nota. Todos los valores son porcentajes. TEPT = Trastorno de Estrés Postraumático, TMD = Trastorno Depresivo Mayor. PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$. **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$. ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Anexo 2. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes que se encontraban dentro del grupo de eficacia y los que se encontraban dentro del grupo de efectividad en la muestra de completos.

Características	Eficacia año (<i>n</i> = 40)	Efectividad año (<i>n</i> = 36)	<i>T</i> / <i>Z</i>	Eficacia dos años (<i>n</i> = 26)	Efectividad dos años (<i>n</i> = 28)	<i>T</i> / <i>Z</i>
Edad media (desviación típica)	43,65 (20,39)	49,22 (11,33)	2,227*	45,46 (10,87)	48,21 (11,75)	0,894
Mujeres	67,5	44,4	-2,011*	65,4	46,4	-1,388
Con pareja	65	69,4	-0,409	69,2	64,3	-0,382
Sin estudios superiores	57,5	52,8	-0,411	69,2	53,6	-1,168
No trabajan	45	75	-2,640**	50	71,4	-2,176*

Características	Eficacia año (<i>n</i> = 40)	Efectividad año (<i>n</i> = 36)	<i>T</i> / <i>Z</i>	Eficacia dos años (<i>n</i> = 26)	Efectividad dos años (<i>n</i> = 28)	<i>T</i> / <i>Z</i>
Media de años tras el atentado (desviación típica)	14,98 (9,49)	24,47 (9,03)	4,467***	15,85 (10,28)	25,14 (8,38)	3,626***
Tipo de víctimas						
- Herido	62,5	69,4	-0,633	57,7	64,3	-0,492
- Familiar de fallecido	22,5	16,7	-0,634	26,9	21,4	-0,467
- Familiar de herido	15	27,8	-1,355	15,4	32,1	-1,426
Grupo terrorista ETA	35	75	-2,711**	38,5	78,6	-2,323*
Recibieron ayuda psicológica tras atentado	70	38,9	-2,706	69,2	46,4	-1,677
Recibieron ayuda psiquiátrica tras atentado	62,5	55,6	-0,611	61,5	53,6	-0,586
Actualmente recibe ayuda psicológica	10	19,4	-1,161	7,7	25	-1,689
Actualmente recibe ayuda psiquiátrica	35	61,1	-2,261*	34,6	64,3	-2,159*
Diagnóstico						
- TEPT	45	80,6	-3,165**	42,3	85,7	-3,306***
- TDM	42,5	50	-0,651	42,3	50	-0,561
- Algún trastorno de ansiedad distinto al TEPT	77,5	58,3	-1,783	76,9	57,1	-1,526

Características	Eficacia año (<i>n</i> = 40)	Efectividad año (<i>n</i> = 36)	<i>T</i> / <i>Z</i>	Eficacia dos años (<i>n</i> = 26)	Efectividad dos años (<i>n</i> = 28)	<i>T</i> / <i>Z</i>
- TEPT y TDM	32,5	41,7	-0,822	30,8	39,3	-0,649
- TEPT y otros trastornos de ansiedad	27,5	47,2	-1,768	26,9	50	-1,722
- TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad	20	27,8	-0,791	19,2	28,6	-0,795
- TDM y otros trastornos de ansiedad	27,5	30,6	-0,291	26,9	32,1	-0,416
Puntuación media PCL (desviación típica)	41,48 (15,28)	47,56 (13,53)	1,840	40,08 (15,16)	48,46 (11,99)	2,244*
Puntuación media BDI-II (desviación típica)	20,18 (14,54)	19,39 (10,07)	-0,276	18,46 (12,79)	19,71 (8,78)	0,417
Puntuación media BAI (desviación típica)	16,50 (12,21)	20,97 (14,17)	1,466	15,38 (11,93)	20,21 (13,14)	1,416

Nota. Todos los valores son porcentajes. TEPT = Trastorno de Estrés Postraumático, TMD = Trastorno Depresivo Mayor. PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$. **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$. ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.